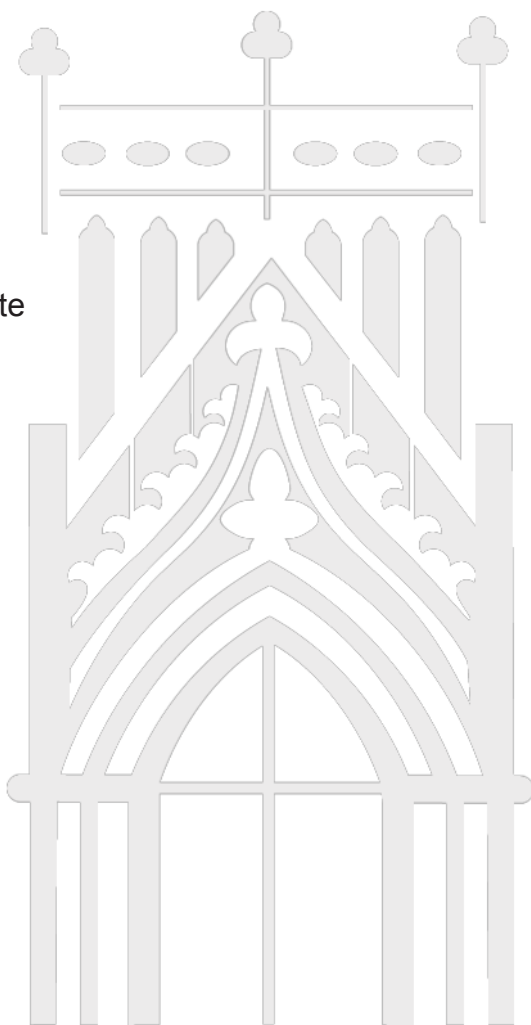


Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estratégias de *coping* do cuidador
informal do idoso dependente

Cláudia Marisa Vicente Conceição Mingote

março | 2018



Escola Superior
de Saúde



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA GUARDA

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Estratégias de *coping* do cuidador informal
do idoso dependente**

Cláudia Marisa Vicente Conceição Mingote

Guarda

Março 2018



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Estratégias de *coping* do cuidador informal do idoso dependente

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Autor:

Cláudia Marisa Vicente Conceição Mingote

Orientador:

Professora Doutora Agostinha Corte

Coorientador:

Professora Doutora Ermelinda Marques

Guarda

Março 2018

LISTA DE SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
AE – Procura de Apoio Espiritual
AF – Mobilização de Apoio Formal
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades de Vida Diária
CI – Cuidador Informal
CI's – Cuidadores Informais
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção-Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EOHSP - European Observatory on Health Systems and Policies
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
FCA - *Family Caregiver Alliance*
HTA – Hipertensão arterial
ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros
INE - Instituto Nacional de Estatística
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
QV – Qualidade de Vida
RE – Reenquadramento
RI - Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RV – Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE - União Europeia
USF - Unidade de Saúde Familiar
WHO - World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

e - *And/e*

\bar{x} - Média

< - Menor

= - Igual

> - Maior

\pm - Mais ou menos

cit. - Citado

et al. - E outros

Md - Mediana

n.º - Número

r_s - Coeficiente de correlação de *Spearman*

s - Desvio padrão

$x_{\text{máx}}$ – Valor Máximo

x_{min} – Valor Mínimo

α - *Alpha Cronbach's*

“A cada um, peço que se centre nas forças da vida, na mobilização dos recursos vitais, respeitando o indivíduo e a humanidade para promover os cuidados e promover a vida”.

Collière (1999)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível com o apoio e incentivo de várias pessoas que não me deixaram perder de vista o objetivo desta aprendizagem. Aproveito este espaço para deixar os meus sentidos agradecimentos a todos quanto direta ou indiretamente colaboraram na sua concretização.

Agradeço à minha Orientadora, Professora Doutora Agostinha Corte e Coorientadora Professora Doutora Ermelinda Marques, pela disponibilidade, dedicação, incentivo e amizade, bem como pelo saber partilhado ao longo desta caminhada.

À minha família, em especial ao meu marido e filha, pelo incentivo, carinho e compreensão e pelo tempo que não lhes dediquei;

Às minhas amigas Tânia, Catarina e Judite, companheiras nesta caminhada, pela amizade, incentivo e apoio.

Ao meu amigo Roberto pelo apoio e pelo seu olhar crítico e pertinente.

Aos colegas do serviço pelo apoio e incentivo.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira, em especial à Equipa de Cuidados Continuados Integrados pela disponibilidade, colaboração e partilha de saberes.

Aos cuidadores informais de idosos dependentes, pela participação neste estudo e demonstração de interesse e disponibilidade.

A Todos Muito Obrigada!

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)	33
Figura 2 - Proporção de idosos, UE28, 2015.....	33
Figura 3 - Índice de Envelhecimento. Valor (es) 1960 e 2015	34
Figura 4 - Pirâmides etárias, Centro, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central).....	35

Quadro 1 - Distribuição de estudos de estratégias de <i>coping</i> de CI's de idosos dependentes ...	62
Quadro 2 - Fatores do Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família	77
Quadro 3 - Valores de Referência do Inventário F-COPES	78
Quadro 4 - Resumo dos coeficientes de <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> do Inventário F-COPES	79
Quadro 5 - Resultados do teste de <i>Shapiro-wilk</i> à distribuição da pontuação do Inventário F-COPES.....	81
Quadro 6 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e grupo etário	83
Quadro 7 - Distribuição dos idosos segundo as principais doenças.....	84
Quadro 8 - Distribuição dos idosos segundo o nível de dependência (Índice de Barthel)	85
Quadro 9 - Resultados Índice de Barthel	86
Quadro 10 - Distribuição dos Cuidadores Informais (CI's) segundo as características sociodemográficas	88
Quadro 11 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: relação de parentesco, coabitação, tempo de prestação de cuidados, periodicidade, tempo despendido e tipo de cuidados prestados	90
Quadro 12 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: prestação de cuidados no passado.....	91
Quadro 13 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: ajuda para cuidar, necessidade de apoio, alteração de atividades/interesses.....	92
Quadro 14 - Caracterização do Inventário F-COPES por fator e global	94
Quadro 15 - Distribuição dos CI's segundo as frequências nos itens do Inventário F-COPES .	95
Quadro 16 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a idade do idoso	96
Quadro 17 - Correlação entre o Inventário F- Copes e o nível de dependência (Índice de Barthel)	97
Quadro 18 - Comparação da Inventário F-COPES em função do sexo e da área de residência do CI.....	98
Quadro 19 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a idade do CI.....	98
Quadro 20 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a posição social (Escala Graffar)	99
Quadro 21 - Correlação entre o Inventário F-COPES e o tempo de cuidado (em anos) do idoso	99
Quadro 22 - Correlação entre o Inventário F-COPES e o tempo de cuidado (em horas) do idoso	100
Quadro 23 - Comparação do Inventário F-COPES em função da experiência do cuidado	100

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento demográfico conduz a um acréscimo de situações patológicas e de dependência física, onde emerge como foco de atenção o cuidado informal à pessoa idosa dependente, tendo sido atribuída essa responsabilidade à família. Esta situação constitui um acontecimento stressante, perante o qual, a resposta da família estará dependente da capacidade de mobilizar estratégias de *coping*. A enfermagem comunitária assume um papel primordial na prevenção do declínio da saúde física e mental destes cuidadores e na adaptação ao seu novo papel.

Objetivo: Identificar as estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes.

Métodos: Estudo não experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 33 cuidadores informais de idosos dependentes referenciados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Região Centro de Portugal. A colheita de dados foi efetuada através do preenchimento de um questionário para obtenção de dados sociodemográficos do idoso dependente e do cuidador informal, bem como do contexto dos cuidados, recorrendo-se também à aplicação do Índice de *Barthel*, versão portuguesa de Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), da Escala de Graffar adaptada para a população portuguesa por Amaro (2001) e do Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES), versão portuguesa de Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990).

Resultados: Os idosos cuidados são maioritariamente (60,6%) do sexo masculino, com média de idades de 80,45 anos, portadores de doenças crónicas (100%) e totalmente dependentes (81,8%). Os cuidadores informais, na sua maioria (75,8%) são do sexo feminino, com média de idades de 66,1 anos, casados (81,8%), residentes no meio urbano (51,5%) e pertencentes à classe média baixa (60,6%). A maioria são cônjuges (60,6%) e coabitam com o idoso (90,9%). Os cuidadores informais de idosos dependentes recorrem a estratégias de *coping*, sendo os melhores resultados obtidos para o fator “Reenquadramento” e “Mobilização de Apoio Formal”. Cuidadores informais de idosos mais velhos e mais dependentes, recorrem mais à estratégia “Procura de apoio espiritual”; cuidadores mais novos, que ocupam uma posição social mais elevada e que cuidam de idosos mais dependentes, utilizam um maior número de estratégias de *coping*.

Conclusões: Os resultados obtidos apontam para a necessidade de implementar intervenções de enfermagem focadas na família, que ajudem a mobilizar estratégias de *coping*, que permitam otimizar o papel de cuidador e eliminar ou minimizar o impacto negativo, decorrente desse papel, conduzindo desta forma à obtenção de ganhos em saúde nesta amostra específica.

Palavras-chave: Envelhecimento; Dependência; Cuidador informal; Família; Estratégias de *coping*.

ABSTRACT

Background: Demographic ageing leads to an increase of pathological situations and physical dependence, where informal care of an elderly dependent person, emerges as the focus of attention and this responsibility has been assigned to the family. This situation represents a stressful experience, in which, the family feedback will be dependent on the ability to mobilize coping strategies. Community nursing plays a key role, both in preventing physical and mental health decline of these caregivers and adjusting to their new role.

Objective: To identify coping strategies of informal caregivers of elderly dependent people.

Methods: A non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive and correlate study was carried out in a non-probabilistic, convenience sample of 33 informal caregivers of elderly dependent people, referenced from a Long-term Care Team in the Central Region of Portugal. Data collection was accomplished through the completion of a questionnaire, to obtain socio demographic data of both elderly dependent and the informal caregiver and the context of healthcare as well. It was also applied, The Barthel Index, Portuguese version by Araújo, Ribeiro, Oliveira and Pinto (2007), The Graffar scale adapted to the Portuguese population by Amaro (2001) and the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES), Portuguese version by Vaz Serra, Firmino, Ramalheira and Canavarro (1990).

Results: Elderly who were cared for, are predominantly male (60.6%), with a mean age of 80.45 years, chronically ill (100%) and totally dependent (81.8%). Informal caregivers, are mainly female (75.8%), with a mean age of 66.1 years, married (81.8%), living in urban areas (51.5%) and low middle class (60.6%). Mostly are spouses (60.6%) and live with the elderly (90.9%). Informal caregivers of elderly dependents resort to coping strategies, where the best result were achieved in the “Reframing” and the “Mobilization of Social Support” factor. With increasing age and elderly dependance, informal caregivers rely more on the “Seeking Spiritual Support” strategy. Younger caregivers, with higher social status and whom take care of more elderly dependent, use many more coping strategies.

Conclusions: The results point to the need to implement family-centered nursing interventions, to help to mobilize coping strategies that optimize the role of caregiver and eliminate or minimize the negative impact, due to this role, leading therefore to health gains in this specific sample.

Keywords: Ageing; Dependence; Informal caregiver; Family; Coping strategies.

INTRODUÇÃO	23
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1 - DO ENVELHECIMENTO À DEPENDÊNCIA	31
1.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	31
1.2 - ENVELHECIMENTO HUMANO	35
1.3 - O IDOSO EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	38
2 - A FAMÍLIA COMO CUIDADOR INFORMAL	42
2.1 - PAPEL E PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL	45
2.2 - SOBRECARGA, DIFICULDADES E NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL	48
3 - STRESSE E <i>COPING</i> DO CUIDADOR INFORMAL	55
3.1 - ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DO CUIDADOR INFORMAL	58
3.2 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	64
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	69
4 - FASE METODOLÓGICA	71
4.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	71
4.2 - TIPO DE ESTUDO	72
4.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	73
4.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	74
4.4.1 - Pré-teste	79
4.5 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	79
4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	80
4.7 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	81
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	83
5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	83
5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	96
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

INTRODUÇÃO

Os estudos demográficos têm apresentado o envelhecimento populacional como um dos mais importantes fenómenos do séc. XXI. O progresso científico e tecnológico a par do aumento da esperança de vida e de uma acentuada diminuição da natalidade têm contribuído para o aumento do envelhecimento da população (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Carneiro, Chau, Soares, Fialho e Sacadura, 2012; Rosa, 2012; INE, 2016).

Portugal, à semelhança do que se verifica a nível europeu, apresenta um acentuado envelhecimento demográfico, apontando os resultados dos últimos Censos (2011) para uma proporção de aproximadamente 19% da população, com 65 ou mais anos, constituindo a região Centro, logo a seguir ao Alentejo, uma das mais envelhecidas de Portugal, representando esta faixa etária, 22% da população (INE, 2012). Por outro lado, cerca de 60% da população idosa vive só (400 964 pessoas), ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577 pessoas), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década e contribuindo para o aparecimento de uma nova realidade, os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos (Idem).

No contexto da União Europeia, Portugal apresenta-se como o 4º país com maior percentagem de idosos (INE, 2017a) e com o quinto valor mais elevado de índice de envelhecimento (PORDATA, 2017a).

O envelhecimento demográfico é, pois, a realidade mais relevante nas sociedades desenvolvidas, frequentemente encarado como uma catástrofe que compromete o seu futuro e, que se apresenta com diferentes desafios, devido às implicações diretas na esfera socioeconómica, no impacto que produz na família, na sociedade e no sistema de saúde, para além das modificações que se refletem a nível individual (ONU, 2003; Araújo, Paul e Martins, 2011; Rosa, 2012).

Associado ao crescente envelhecimento, as pessoas tornam-se progressivamente mais propensas a viver com co morbilidades, nomeadamente as doenças não transmissíveis, tendentes à cronicidade, que podem causar incapacidade, levando o idoso a apresentar dependência, assumida em diferentes graus (Peixoto e Machado, 2016; Araújo, Jesus, Araújo e Ribeiro, 2017). De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2015:38) “estima-se que haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas acamadas”.

De acordo com a mesma fonte, em Portugal a percentagem de famílias que asseguram os cuidados a pessoas dependentes ou idosos frágeis é bastante expressiva. O mesmo é corroborado pela Entidade Reguladora da Saúde (2015), de acordo com a qual, os cuidados informais prestados no domicílio por membros do mesmo agregado familiar são mais frequentes nos países do Sul da

Europa, tendo Portugal a maior taxa de cuidados domiciliários informais, da Europa (12,4%), prestados por um residente na mesma habitação, e a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários (10,8%). A implementação da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), em 2006 (Diário da República, 2006a) pretendeu dar resposta às necessidades da família cuidadora e do idoso em situação de dependência, contudo, uma parte considerável dos cuidados, continuam a ser prestados no domicílio, pelos familiares, durante um período de tempo significativo (Petronilho, 2013). As estimativas apresentadas no Relatório de Primavera (OPSS, 2015) realçam que o número de vagas está aquém das reais necessidades da população.

Efetivamente, por dificuldades do sistema de saúde e proteção social, foi atribuído às famílias a responsabilidade na prestação de cuidados aos seus membros em situação de doença ou dependência (Ribeiro, Pinto e Regadas, 2013). É na família que recai o ónus do cuidado dos idosos quando acometidos por um evento gerador de dependência (temporária ou definitiva), pois, continua a ser considerada a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos recursos sociais (Araújo e Martins, 2016).

De facto, tem-se assistido a um transferir de doentes dependentes ou vítimas de doenças incapacitantes, para o seio das suas famílias, que se vêm confrontadas, com a necessidade de prestar, cada vez mais, cuidados complexos por longos períodos de tempo, (Lage, 2005; Marques, 2007).

Neste contexto surge o cuidador informal, que é entendido como a pessoa que presta cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006) que, atendendo às recentes alterações sociais tais como o envelhecimento populacional ao qual estão associadas doenças crónicas e incapacitantes, como foi já enfatizado, terá um importante papel no sistema de cuidados de saúde.

Trata-se de uma peça chave na promoção da qualidade e da dignidade de vida do idoso em situação de dependência, sendo que, este papel de relevo não é uma tarefa fácil, podendo traduzir-se numa sobrecarga intensa e cuja exigência implica, frequentemente, alterações ao nível da qualidade de vida, em diversas áreas: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais e desgaste prolongado a nível psíquico e físico (Marques, 2007; Pereira e Carvalho, 2012; Abreu, Silva e Costa, 2013; Rocha e Pacheco, 2013).

A assunção deste novo papel é também percecionada pelo cuidador informal familiar, que ao longo do trabalho trataremos por cuidador informal (CI), como uma fonte de stresse, devido à natureza dos cuidados prestados, às modificações constantes na sua vida quotidiana e pelo facto de, para além dos seus habituais papéis, se vê confrontado com o desempenho de prestador de cuidados (Almeida, Oliveira, Francisco, Dias, Alves e Sousa, 2013b; Ribeiro, Pinto e Regadas, 2013).

O stress é concetualizado por Lazarus e Folkman (1984), como sendo uma relação entre o indivíduo e o meio, percebida pela pessoa como prejudicial, constituindo uma ameaça para o seu bem-estar e qualidade de vida, perante a qual não se sente capaz de dar uma resposta, provocando-lhe mal-estar. Perante situações adversas e na ausência de mecanismos imediatos de resolução de problemas, o cuidador pode entrar num estado de desorganização psico-emocional e social, frequentemente acompanhado por sentimentos de medo, ansiedade e culpa (Martins, 2006).

Neste contexto, o cuidado informal surge como um agente stressor, algo que perturba ou ameaça a atividade habitual do cuidador, obrigando este a procurar um ajustamento nas suas condições, no sentido de lidar com a situação (Rocha e Pacheco, 2013).

O sucesso em lidar com esta situação dependerá do *coping*, ou seja, dos esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de reduzir ou tolerar, com as exigências específicas, internas e externas, que foram avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos disponíveis (Lazarus e Folkman, 1984). Trata-se, pois, das estratégias que cada indivíduo define, que irão possibilitar lidar com a situação de forma mais saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias (Rocha e Pacheco, 2013). As estratégias de *coping*, surgem, deste modo, como mediadores críticos na relação com o stress, assumindo como objetivo a resolução da situação problemática e o controlo das emoções decorrentes da situação, podendo atenuar os efeitos negativos do processo de cuidar (Martins, 2006; Peixoto e Machado, 2016).

Uma vez que desenvolvem a sua prática centrada na comunidade, destaca-se o importante papel que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública poderá desempenhar junto dos cuidadores informais, na facilitação do processo de adaptação e na resolução da situação que é encarada como geradora de stress, já que, entre outras competências, devidamente regulamentadas no Diário da República (2011: 8667), deve assumir um “entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (...), proporcionando efectivos[sic] ganhos em saúde”.

Atendendo ao seu papel de revelo no cuidado ao idoso, estes profissionais devem estar atentos às necessidades dos cuidadores, sendo a prevenção do declínio da sua saúde física e mental uma ferramenta para o seu maior envolvimento nos cuidados, melhorando a sua qualidade de vida e consequentemente dos idosos dependentes (Rocha e Pacheco, 2013).

Também a DGS (2006) no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas defende que as políticas que permitem desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, acessíveis

e sensíveis às necessidades mais frequentes desta população e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências e humanizar os cuidados.

Por outro lado, a falta de assistência aos cuidadores informais, tem implicações no agravamento da condição de ambos. No doente, rigidez articular, desidratação, quedas, úlceras de pressão, compromissos respiratórios e no familiar cuidador, entre outras consequências, a percepção de stress associado ao exercício do papel de prestador de cuidados (OPSS, 2015).

Os cuidadores informais devem constituir, deste modo, um alvo prioritário do interesse dos enfermeiros, por um lado, porque constituem um grupo vulnerável em risco de múltiplas e graves condições de saúde mental e física, e por outro, porque representam uma parceria nos cuidados aos idosos (Araújo e Martins, 2016). O PNS (2012-2016) salienta, a este respeito, que os profissionais de saúde devem "estimular ativamente (...) a figura de cuidador informal (...) como relevantes na prestação de cuidados e como parceiros nos cuidados de saúde, pois minimizam a necessidade de acesso e reduzem a procura inadequada dos serviços de saúde" (DGS, 2012:16). A Ordem dos Enfermeiros (2001), por sua vez, no documento que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, realça que o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados é um dos elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem.

Valorizando o papel destes protagonistas no apoio a idosos e pessoas com dependência, assinalou-se o dia 5 de novembro como Dia Mundial do Cuidador e, a nível nacional, foi aprovado por unanimidade na Comissão de Trabalho e Segurança Social, a proposta do Bloco de Esquerda que obriga o Governo Português a apresentar no parlamento um projeto que visa a criação do Dia Nacional do Cuidador e do Estatuto do Cuidador Informal, no sentido de serem garantidos meios que permitam conciliar a assistência ao seu familiar e as suas restantes responsabilidades sociais e profissionais. Esta importância foi também reconhecida pelo XXI Governo Constitucional, que no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, designadamente da criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, que entre outras medidas, pretende preparar e apoiar prestadores informais em cuidados domiciliários (Diário da República, 2016).

Perante um quadro de envelhecimento demográfico e no âmbito de um contexto social pautado pela insuficiência e inadequação de equipamentos e serviços às pessoas idosas e de falta de apoio aos seus cuidadores, cujo reconhecimento acima referido ainda não foi efetivado, e pelas consequências, já mencionadas, da assunção deste novo papel, consideramos que abordar uma temática sobre o cuidador informal, ganha um relevo e uma prioridade indiscutíveis. Trata-se de um tema bastante atual, abordado na comunidade política e científica e com aumento crescente

de estudos na última década, quer a nível nacional quer internacional, demonstrando desta forma a grande relevância da temática sobre cuidadores informais.

Consideramos assim oportuna a realização de um estudo que evidencie o cuidador informal do idoso dependente, na região Centro do país, e a forma como lidam com as dificuldades, especificamente um estudo que responda à seguinte questão de investigação: **Quais as estratégias de *coping*, utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes?**

Reconhecendo assim a importância desta temática e dos cuidados de enfermagem centrados na família, propusemos como objetivo geral identificar as estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes, e como objetivos específicos, delineamos:

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do idoso dependente;
- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico do cuidador informal;
- ✓ Caracterizar o contexto em que decorre a prestação de cuidados;
- ✓ Analisar as estratégias de *coping* do cuidador informal do idoso dependente;
- ✓ Analisar se as estratégias de *coping* são influenciadas pelas características sociodemográficas e clínicas do idoso, características sociodemográficas do cuidador informal e características contextuais do cuidado.

Com este trabalho, pretendemos obter resultados que permitam planear estratégias que contribuam para prestação de cuidados personalizados à família, ajudando a potenciar estratégias de *coping*, possibilitando a sua utilização de forma eficaz, traduzindo-se em novos contributos para a melhoria da qualidade na assistência de enfermagem familiar, de forma a dignificar a profissão e os cuidados prestados. Deste modo pretende-se reduzir o impacto decorrente da prestação de cuidados, proporcionando aos cuidadores informais melhores condições para continuar a cuidar, o que se traduzirá em melhor qualidade de vida para o cuidador informal e para a pessoa cuidada, resultando consequentemente em ganhos em saúde.

Trata-se de uma investigação quantitativa, de cariz transversal, descritiva e correlacional. A amostra não probabilística foi constituída por 33 cuidadores informais de idosos dependentes, referenciados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Região Centro de Portugal, que cumpriram os critérios definidos para o estudo e que aceitaram participar voluntariamente no mesmo. Como instrumento de colheita de dados elaboramos um questionário onde foram incluídos dados para caracterização sociodemográfica e clínica do idoso, caracterização sociodemográfica do cuidador informal, caracterização contextual dos cuidados bem como o Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES).

Para a consecução deste trabalho, recorreremos a várias fontes bibliográficas, que se consideraram atuais e de referência, de modo a esclarecer e fundamentar esta problemática, nomeadamente livros, artigos científicos em revistas, páginas web de entidades governamentais,

publicações em bases de dados da biblioteca do conhecimento, bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Repositórios de Universidades e Institutos Politécnicos. Delimitou-se um período de tempo entre 2012 e 2017, tendo, contudo, surgido a necessidade de recorrer a bibliografia mais antiga, como fonte primária, por se considerarem válidas, uma vez que foram mencionadas em diversos estudos consultados e constituem referências sobre as temáticas que abordam.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes, sendo que a primeira se reporta à contextualização teórica que sustenta a presente investigação e a segunda ao estudo empírico. A primeira parte é constituída por três capítulos. No primeiro capítulo é feito um enquadramento sobre o envelhecimento (demográfico, humano e aspetos relativos à dependência do idoso). O segundo capítulo contempla a revisão de literatura sobre o cuidador informal, onde será destacada a família como cuidador informal, o seu papel e perfil, o impacto da prestação de cuidados, necessidades e dificuldades sentidas. Finalmente, no terceiro capítulo é dada ênfase às estratégias de *coping* e feita referência à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Na segunda parte, o quarto capítulo apresenta as opções metodológicas, onde se identifica a questão de investigação e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos de recolha e tratamento dos dados e considerações éticas. No quinto capítulo são apresentados os resultados do estudo e no sexto capítulo é feita a discussão dos mesmos. Seguem-se as principais conclusões, sugestões e limitações do estudo. São apresentadas no final as referências bibliográficas que sustentaram o enquadramento teórico e a discussão de resultados e, apresentados os apêndices e anexos, que complementam o estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - DO ENVELHECIMENTO À DEPENDÊNCIA

Assistimos hoje a um envelhecimento da sociedade, que tem vindo a ser estudado não só sob a perspectiva do envelhecimento individual, mas também do envelhecimento demográfico (Imaginário, 2008; Cordeiro, 2011). Ao envelhecimento individual está subjacente um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida (Sequeira, 2010). Por sua vez, o envelhecimento demográfico, é entendido como uma “evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos (...) ou à diminuição da importância estatística dos jovens” (Rosa, 2012: 23). Este, fruto de uma maior longevidade humana, é uma realidade inevitável, ao qual está indubitavelmente associado, índices de dependência acrescidos, resultantes de uma maior vulnerabilidade do idoso ou do agravamento de morbilidades previamente adquiridas (Sequeira, 2010).

1.1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

A diminuição significativa quer na taxa de natalidade quer na de mortalidade, bem como o aumento da esperança média de vida relacionado com os avanços na área da saúde pública e da medicina, e à melhoria das condições de vida, conduziu, a partir da segunda metade do século XX a um envelhecimento demográfico das sociedades, principalmente as europeias (Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Duarte, 2013; INE, 2016). Este define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total conseguindo-se esse aumento, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa (INE, 2002).

Por outro lado, tem-se assistido também, nas últimas décadas, a um aumento da longevidade, resultando num aumento considerável do número de pessoas com idade superior a 80 anos (Duarte, 2013), emergindo, outro fenómeno designado de “*envelhecimento dos idosos*” (“*the aging of the aged*”), tratando-se de um processo secundário de envelhecimento demográfico, que ocorre, gradualmente, em todo o mundo (Pereira, 2011).

Na União Europeia (UE), em janeiro de 2015 contavam-se 508,5 milhões de habitantes nos 28 estados membros, dos quais 20,9 % correspondiam a jovens (dos 0 aos 19 anos), a população ativa (dos 20 aos 64 anos) correspondia a quase três quintos (60,2%) da população total e a percentagem de pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) ascendia aos 18,9% (Eurostat, 2016). Relativamente à pirâmide etária, perspetiva-se que “in 2050, the age pyramids are projected to have a more rectangular, or older, shape in both the less and more developed regions, a sign of a more advanced stage of ageing”(United Nations, 2012:1). A forma triangular

que esta adotava em 1970, passará a aproximar-se do aspeto retangular, significando, deste modo, que o número de idosos será equivalente ao número de jovens.

Portugal não é alheio a nenhum destes fenómenos e partilha com os demais países da UE um envelhecimento demográfico. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade e o aumento da longevidade, verificado nos últimos anos, tem vindo, pois, a alterar o perfil demográfico, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa (Carneiro et al., 2012; INE, 2015; INE, 2016). Este fenómeno acentuou-se também devido ao movimento migratório, próprio de um país exportador de mão-de-obra (Paul, 1997).

Em Portugal, de acordo com os resultados dos últimos Censos (INE, 2012), a população residente era de 10 562 178 habitantes, sendo que a percentagem de jovens recuou de 16 para 15% desde o ano 2001 até 2011 e a dos idosos aumentou de 16 para 19% no mesmo período de tempo. Como consequência direta da estrutura demográfica do país, o índice de envelhecimento¹ subiu de 102 para 128, traduzindo, deste modo, uma população mais envelhecida. Também o índice de longevidade², em 2011 se agravou para 48 (39 em 1991 e 41 em 2001), tendo-se situado entre 2013 e 2015 no patamar de 49,0, o mais elevado desde 1990, motivado pelo aumento da esperança média de vida (INE, 2016).

Em 2016, a população residente foi estimada em 10 309 573 pessoas e, comparativamente a 2011, verificou-se um decréscimo de 130 484 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos de idade) e de 271 335 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade). Em contrapartida, o número de pessoas idosas aumentou 168 994, mantendo-se assim a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos (INE, 2017a). A mesma fonte, refere que, entre 2011 e 2016 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 128 para 151 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 44 anos. À semelhança do que aconteceu na maioria dos países desenvolvidos, também em Portugal se verificou um duplo envelhecimento, refletido no perfil da pirâmide etária: estreitamento na base, que traduz a redução dos efetivos populacionais jovens, resultantes da baixa da natalidade e alargamento no topo, correspondente ao acréscimo no número de pessoas idosas, devido ao aumento da longevidade (figura 1).

¹ Índice de envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

² Índice de longevidade - Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (PORDATA; 2017c)

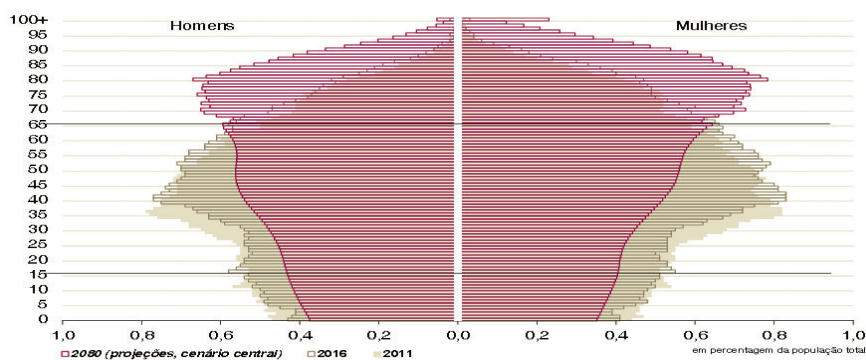


Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)

Fonte: INE (2017a)

Para além da dimensão demográfica já referida, numa perspetiva individual, o envelhecimento traduz-se na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida, cujos ganhos, na população portuguesa, provêm cada vez mais do aumento da sobrevivência em idades avançadas. No período 2014-2016, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,62 anos, sendo de 77,61 para os homens e de 83,33 para as mulheres. A esperança de vida aos 65 anos, atingiu, no mesmo período, 19,31 anos para ambos os sexos. Os homens de 65 anos de idade poderão esperar viver em média mais 17,44 anos e as mulheres mais 20,73 anos (INE, 2017a).

No contexto da União Europeia, a proporção de idosos em Portugal era superior à dos 28 Estados Membros da União Europeia (UE 28), sendo o 4º país com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália, como se pode observar na figura 2.



Figura 2 - Proporção de idosos, UE28, 2015

Fonte: EUROSTAT (INE, 2017a)

O peso da população idosa manteve um perfil ascendente, sendo que em 2015 (último ano com informação disponibilizada pelo Eurostat e PORDATA), Portugal apresentava uma das

estruturas etárias mais envelhecidas, com o quinto valor mais elevado de índice de envelhecimento (143,9) entre a EU 28, como se pode observar na figura seguinte.

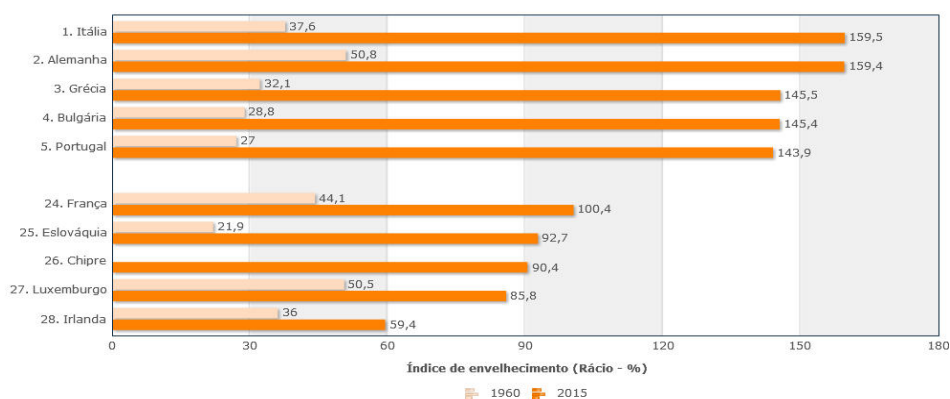


Figura 3 - Índice de Envelhecimento. Valor (es) 1960 e 2015

Fonte: Eurostat. Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA (2017a)

O INE (2017b) fazendo as Projeções de População Residente em Portugal para 2015-2080, refere que se irá manter o agravamento do envelhecimento demográfico (transversal a todas as regiões) o qual só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos, estimando-se: diminuição da população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031; decréscimo da população jovem, de 1,5 para 0,9 milhões; aumento do número de idosos, que passará de 2,1 milhões para 2,8 milhões e aumento do índice de envelhecimento, que poderá mais que duplicar, passando para 317 idosos por cada 100 jovens. No que respeita à região Centro, em 2011, surge logo a seguir à região do Alentejo, como das mais envelhecidas de Portugal, representando os indivíduos, de 65 ou mais anos, respetivamente 22% e 24% da população, sendo também as menos representadas por jovens (ambas com 14%). Em 2016, detinha a menor percentagem de jovens (12,5%), contrariamente à Região Autónoma dos Açores que apresentava a maior percentagem de população jovem, (16,2%) e menor percentagem de pessoas idosas (13,8%). Relativamente ao índice de envelhecimento, verificou-se na região Centro um aumento, de 161 para 189 entre 2011 e 2016, podendo atingir, de acordo com projeções (cenário central) 354 idosos por cada 100 jovens até 2080 (INE, 2017a). A pirâmide etária na região Centro também reflete o envelhecimento demográfico (figura 4).

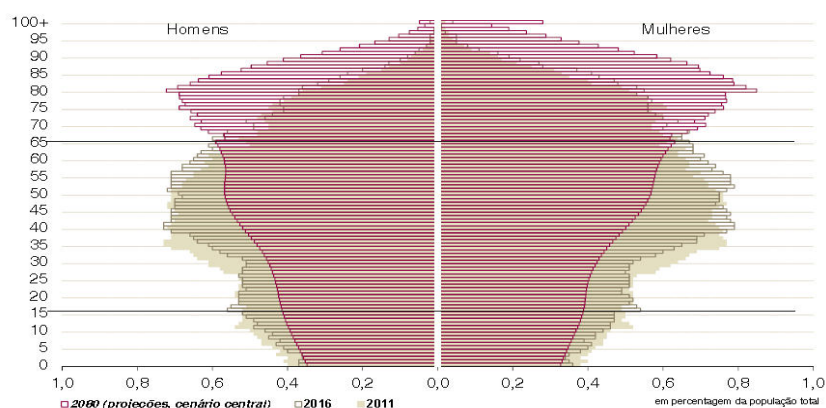


Figura 4 - Pirâmides etárias, Centro, 2011, 2016 e 2080 (projeções, cenário central)

Fonte: INE (2017a)

A conquista do tempo é sem dúvida um grande feito da humanidade, no entanto, convém salientar que o processo de envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica com repercussões biopsicossociais, que a seguir apresentamos.

1.2 - ENVELHECIMENTO HUMANO

O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo dos tempos, influenciado por atitudes, crenças, culturas, conhecimentos e relações sociais (Sequeira, 2010). A maioria dos biogerontologistas admitem tratar-se de uma “fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção [sic] e terminando com a morte” (Netto, 2011:10).

O envelhecimento é concebido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2005:43) como sendo: “um processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais (...)”.

Trata-se, pois, de uma progressiva involução funcional e morfológica que afeta órgãos, tecidos e células e que resulta num declínio do rendimento (Imaginário, 2008).

Alguns autores distinguem no envelhecimento individual, o envelhecimento cronológico e o biopsicológico, sendo que o primeiro resulta exclusivamente da idade, tratando-se de um processo universal, progressivo e inevitável, enquanto o segundo, reflexo do envelhecimento cronológico, “é menos linear, não fixo em termos de idade, porque vivido por cada indivíduo de forma diferente” (Rosa, 2012:20). Sendo o critério cronológico um dos mais utilizados, a OMS convencionou que idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde (Duarte, 2013). Os especialistas no estudo do envelhecimento referem-

se a três grupos de pessoas mais velhas: os *idosos jovens*, que geralmente se referem a pessoas de 65 a 74 anos; os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos e os *idosos mais velhos*, de 85 anos ou mais (Schneider e Irigary, 2008).

O envelhecimento processa-se de formas diferentes entre indivíduos, a que se designa envelhecimento diferencial (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Cabete, 2005), sendo a sua principal característica, a variabilidade inter e intraindividual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções (fisiológicas, psicológicas, sociais) de um mesmo indivíduo (Moniz, 2003; Figueiredo, 2007; Ramos, 2012; Figueiredo, 2014).

As alterações decorrentes do envelhecimento, desenvolvem-se a um ritmo distinto para cada pessoa e pode ser acelerado ou travado, tendo em conta fatores internos como o património genético e estado de saúde e fatores externos, como o estilo de vida, ambiente e educação (Berger e Mailloux- Poirier, 1995; Figueiredo, 2007; Figueiredo, 2014).

Sendo o processo de envelhecimento complexo, Birren e Schroots (1980, cit. por Paúl, 1997) referem que este é composto por três componentes:

- Componente biológica também designada por senescência, que reflete uma vulnerabilidade crescente, uma diminuição da capacidade de regeneração celular, conduzindo ao envelhecimento dos tecidos e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer;
- Componente psicológica – definido pela capacidade de autorregulação da pessoa face ao processo e senescência;
- Componente social - relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

O envelhecimento não deve ser apenas entendido como um acontecimento biológico, uma vez que as repercussões também são sentidas a nível psicossocial (Cabete, 2005; Sequeira, 2010), que passamos a apresentar.

No que respeita ao **envelhecimento biológico** é importante distinguir entre envelhecimento primário que espelha o limite intrínseco da longevidade celular e secundário, provocado por processos patológicos, que explica muito da variabilidade entre seres de uma mesma espécie (Spar e La Rue, 1998). São também designados de senescência³ e senilidade⁴ respetivamente.

³ Senescência, consiste num processo multifatorial que conduz à deterioração fisiológica do organismo, que com o tempo, reduz a probabilidade de sobrevivência, sendo o sinal mais evidente, a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Spar e La Rue 1998).

⁴ Senilidade, encontra-se relacionada com o aparecimento de algumas características referentes aos efeitos acumulados, das agressões ambientais e das doenças que aceleram o envelhecimento primário (Berger e Mailloux- Poirier, 1995; Spar e La Rue 1998; Sequeira, 2010).

Foi ainda proposto por Birren e Schroots (1996) o conceito de envelhecimento terciário, caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais associadas à idade, ou seja “uma deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associadas à idade (Figueiredo, 2007: 33).

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, resultante da redução das trocas energéticas do organismo e da diminuição acentuada da capacidade de regeneração celular, conduzindo progressivamente à perda gradual das reservas fisiológicas, com a consequente dificuldade de reposição do equilíbrio homeostático, aumentando a vulnerabilidade para o aparecimento de doenças que poderão resultar num declínio da capacidade intrínseca do indivíduo (Berger e Mailloux- Poirier, 1995; Figueiredo 2007; Sequeira, 2010; Figueiredo, 2014; OMS, 2015).

De acordo com Spar e La Rue (2005; cit. por Sequeira, 2010) verificam-se alterações anatómicas e funcionais nos principais sistemas orgânicos, nomeadamente, no sistema cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, músculo-esquelético e nervoso, sendo que, as alterações decorrentes destes sistemas e, particularmente, do sistema cardiovascular, aumentam a predisposição para o aparecimento de patologias tais como hipertensão arterial (HTA), diabetes, acidente vascular cerebral (AVC), hipercolesterolemia, obesidade, etc. De salientar também a deterioração dos órgãos dos sentidos, como a visão e a audição, o declínio de massa e força muscular decorrente da perda de elasticidade da pele e músculos e a diminuição da plasticidade cerebral, conduzindo a alterações nas funções cognitivas, como a memória, o pensamento, a linguagem, a orientação, entre outras (Sequeira, 2010).

Envelhecer não é apenas um fenómeno que nos afeta fisicamente, sendo notório igualmente o **envelhecimento psicológico**, o qual resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010; Veloso, 2015).

De um modo geral, de acordo com Spar e La Rue (2005; cit. por Sequeira, 2010) o desempenho cognitivo, pode ser influenciado por alterações que se verificam com o envelhecimento, a nível de variadas aptidões, tais como as habilidades perceptivo-motoras, atenção, inteligência, linguagem, memória recente, memória remota, visuo-espacial, raciocínio prático, funções executivas e velocidade. É nas funções mnemónicas, na atenção concentrada, na rapidez de compreensão e de raciocínio que a rotura é mais perceptível (Spar e La Rue, 1998; Sequeira, 2010).

As alterações psicológicas, decorrentes do envelhecimento, são influenciadas por alguns fatores, tais como os fatores genéticos, patológicos, ambientais, do contexto sociocultural onde se insere e da forma como vivencia o seu projeto de vida (Sequeira, 2010; Figueiredo, 2014). Os

fatores externos, como são exemplo o isolamento, os baixos rendimentos, a inatividade e a desvalorização, podem desencadear algumas perturbações mentais e comprometer o equilíbrio psíquico do idoso (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; INE, 2002; Figueiredo, 2014; Veloso, 2015). Podem surgir alterações psíquicas tais como depressão, hipocondria, paranoia, tentativa de suicídio, diminuição da autoestima e da autoimagem (Figueiredo, 2014).

O envelhecimento envolve, frequentemente, mudanças significativas para além das perdas biopsicológicas. Verifica-se também um **envelhecimento social** o qual inclui mudanças nos papéis a desempenhar ao nível do seio familiar, laboral e ocupacional, perda progressiva do poder de decisão, do poder económico, enfraquecimento de laços sociais e a morte do cônjuge (Spar e La Rue, 1998; Sequeira, 2010; Figueiredo, 2014; OMS, 2015).

Um dos momentos marcantes do envelhecimento social é a perda do papel profissional, dado que a reforma assume um carácter de ritual de passagem ao estatuto de idoso e à perda de importância social e poder (Sousa et al., 2006). Desta forma, o idoso ao sentir-se rejeitado pela sociedade, pode sofrer de insegurança, medo e adquirir comportamentos de solidão e isolamento, o qual pode também ser motivado pela situação económica, que conduz a uma menor participação em eventos socioculturais (Imagário, 2008).

A interação social fica também comprometida quando os níveis de dependência começam a acentuar-se e a exigir a presença de um cuidador, o que acaba por constituir um obstáculo à manutenção dos contactos sociais (Sequeira, 2007). De salientar ainda, que os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, sendo igualmente um dos grupos mais vulneráveis à pobreza (INE, 2002).

Face ao exposto neste ponto, depreende-se que o envelhecimento, se reporta a um processo complexo e progressivo, caracterizado por uma série de transformações ao nível biopsicossocial. Paralelamente a este processo, muitos idosos enfrentam um percurso para a dependência, traduzindo-se pela incapacidade para a realização de determinadas atividades da vida diária, pois “ embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população desencadeia persistentemente a ocorrência de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional (...)” (Lage, 2005:203).

1.3 - O IDOSO EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Em Portugal, tal como em outros países ditos desenvolvidos, paralelamente às mudanças sociodemográficas, constata-se que a evolução dos progressos terapêuticos na área da saúde, o desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e fármacos mais eficazes, a melhoria das condições

socioeconómicas, bem como a alteração dos estilos de vida da população, se tem traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas, que vivem mais anos e em situação de dependência (Petronilho, 2013; Ribeiro e Pinto, 2014). Verificou-se, pois, de acordo com o INE (2017a) um aumento, continuamente entre 2011 e 2016, do índice de dependência de idosos⁵, passando de 28,8 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 2011, para 32,5 em 2016. A região Centro, de acordo com a PORDATA (2017b) seguiu essa tendência, tendo registado, em 2016, o segundo valor mais alto (37) a seguir ao Alentejo (40,1).

Esta situação, ocorre essencialmente devido a dois fatores: por um lado, pode ser o reflexo da perda geral das funções fisiológicas, atribuídas ao processo de senescência, ou pode ser consequência do aparecimento de uma, ou várias, doenças crónicas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Ribeiro e Pinto, 2014; Pereira, 2015).

Ainda que o aumento do grau de dependência do idoso, se encontra relacionado diretamente com o envelhecimento biológico, nomeadamente com o declínio das funções orgânicas e com as perdas de coordenação ao nível motor, os fatores psicológicos relativos aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade, bem como os fatores socioambientais assumem também uma importância crucial. As atitudes e os comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso podem ajudar a promover a autonomia ou a agravar a sua dependência (Imaginario, 2008; Araújo, Paúl e Martins, 2011; Sebastião e Albuquerque, 2011).

Por outro lado, com o avançar da idade pode iniciar-se ou acentuar-se uma situação de fragilidade, ou potenciar o aparecimento de patologias, muitas delas crónico-degenerativas, sendo que de acordo com a DGS (2006:11),

as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas (...). Os problemas crónicos e as suas consequências obrigam mais tarde ou mais cedo, a modificar o ritmo de vida e a aceitar a baixa da capacidade funcional.

O processo de envelhecimento difere de indivíduo para indivíduo, sendo que, apesar da maioria das pessoas idosas conseguir viver de forma saudável e sem limitações, durante muitos anos, a realidade mostra uma estreita relação entre a idade e a dependência (Ramos, 2012). Esta pode ocorrer em todas as idades, contudo “os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens” (Paschoal, 2002:314). Tal situação ocorre uma vez que o envelhecimento, favorece o aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes níveis de dependência (Paschoal, 2002; Araújo e Santos, 2012).

⁵ Índice de dependência de idosos - Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 (INE, 2017a).

Estudos realizados vão ao encontro desta ideia, como foi o caso do estudo de Viana, Monteiro, Barroso e Rainha (2013) a 213 idosos do Concelho Baião, cujos resultados mostraram que o valor do índice de independência de Barthel⁶, diminui significativamente à medida que aumenta a idade. Num outro estudo, realizado em Coimbra, com 1153 idosos, repartidos em duas classes etárias (75-84 anos e ≥ 85 anos), apurou-se que “limitações graves” ou “totais” de saúde física e mental agravam-se de forma moderada no grupo etário mais velho e as “limitações graves” ou “totais” nas AVD, agravam-se, de forma dramática, no grupo etário mais velho (Pereira, 2014). A prevalência de algumas doenças crónicas aumenta significativamente com a idade, entre as quais se encontram as doenças neurodegenerativas, nomeadamente a doença de Parkinson, cuja prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 anos, e a demência, em que a prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade. O AVC é igualmente uma doença crónica, cuja prevalência aumenta de 3% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos (DGS, 2006).

Para além das doenças crónicas, outros fatores como a polimedicação, alimentação deficitária, acidentes domésticos e de viação, luto, internamentos institucionais, isolamento social, fenómenos de desertificação, fragilidades económicas, alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, condicionam a sua saúde, autonomia, independência e a qualidade de vida (DGS, 2006; Sequeira, 2010).

Neste sentido, parece-nos importante esclarecer o significado de autonomia e dependência.

Autonomia, refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões pessoais sobre a vida quotidiana, de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002). Pode ser visto, portanto como a capacidade de decidir, de autogovernação e auto-orientação (ICN, 2015).

O Decreto-Lei que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) define a dependência como

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária (Diário da República, 2006a: 3857).

⁶ O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo et al., 2007).

A definição apresentada, salienta que a dependência não se deve somente à incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e falta de apoios sociais (Gomes e Martins, 2016). Os mesmos autores apontam três fatores característicos da dependência: limitação física, psíquica ou intelectual; incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Para avaliar o grau de dependência, tem sido aplicada na prática geriátrica a avaliação da capacidade funcional, indicador sensível e relevante para avaliar necessidades e planejar cuidados de saúde (Araújo e Santos, 2012; Marques e Jabour, 2017), uma vez que, “a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação” (Sequeira, 2010: 42). Além disso, a avaliação da capacidade funcional permite, também, conhecer a perceção da qualidade de vida dos idosos, uma vez que num estudo desenvolvido por Marques e Jabour (2017) sobre capacidade funcional como fator promotor de qualidade de vida dos idosos, os resultados permitiram determinar que a qualidade de vida dos idosos se relaciona com sua capacidade funcional, observando que os idosos mais independentes tendem a perceber melhor qualidade de vida.

O grau de incapacidade funcional da pessoa dependente pode variar conforme a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio para concretizar os vários tipos de AVD's. Pode neste sentido, ser classificado como: ligeiro, quando a pessoa necessita apenas de supervisão ou vigilância, mas possui autonomia e consegue realizar as atividades básicas de vida diárias; moderado quando necessita de supervisão e de apoio para o desempenho de algumas tarefas e grave, quando é necessária a ajuda permanente, tratando-se por norma de pessoas acamadas ou com graves restrições de mobilidade (Figueiredo, 2007).

No presente estudo recorreremos ao Índice de Barthel para avaliar a capacidade funcional do idoso, cuja descrição será feita na segunda parte do trabalho.

A idade avançada aumenta, pois, o risco de doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas, as dificuldades na mobilidade, na visão e audição, acompanhadas por vezes, de perda progressiva de autonomia, o que implica uma maior dependência de terceiros, o que se reflete na necessidade de apoio informal e formal.

O apoio formal integra um conjunto de serviços comunitários, onde se incluem os centros de dia, residências/estâncias temporais, serviço domiciliário, internamentos de curta duração (Peixoto e Machado, 2016). Por sua vez, o cuidado informal, assenta na prestação voluntária de cuidados por pessoas da rede social do recetor de cuidados, de forma não remunerada e sem ser mediado por uma organização (Pereira, 2013).

2 - A FAMÍLIA COMO CUIDADOR INFORMAL

Neste capítulo, daremos especial ênfase ao cuidador informal familiar e, atendendo a que, ser prestador de cuidados informal, é um papel complexo, procuraremos proceder a uma abordagem sintética, mas suficientemente abrangente de modo a compreendermos este processo na sua globalidade.

A evolução social e científica verificada nas últimas décadas têm-se traduzido no aumento da esperança média de vida, com a consequente existência de uma população cada vez mais idosa. Contudo, a maior longevidade nem sempre é sinónimo de uma vida funcional, pois como alerta Martins (2006:59) “o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não para de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes”, que assumem geralmente, um carácter permanente e cuja conjuntura desencadeia uma potencial exigência de cuidados complexos, durante longos períodos de tempo.

Por outro lado, as políticas sociais e de saúde tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, às insuficientes e inadequadas respostas formais às suas necessidades, ao contributo na promoção da sua qualidade de vida e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados (Lage, 2005; Sequeira, 2010; Ribeiro, Pinto e Regadas, 2013).

Desta forma, os cuidados informais assumem particular relevância e “consistem na ajuda ou supervisão, usualmente não remunerada, que é prestada às pessoas em situação de dependência, pela família, amigos ou vizinhos” (UMCCI, 2009: 5).

O cuidador informal emerge, como o principal responsável pela organização, assistência ou prestação de cuidados à pessoa com algum grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda, total ou parcial, na realização das suas atividades de vida diária, podendo tratar-se de um membro da família ou de uma pessoa amiga (Marques, 2007; Martins, 2014). Trata-se deste modo, de uma fonte de cuidados que proporciona às pessoas idosas em situação de dependência, pessoas incapacitadas ou outros grupos, a sua permanência no domicílio, evitando deste modo, a institucionalização (Fernandes et al., 2012; EOHSP, 2012).

Na maioria dos casos, os cuidadores não têm qualquer formação, pelo que não apresentam rigor técnico ou científico, contudo representam “um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afetivos e peculiares da história de vida de cada família” (Sequeira, 2007: 96).

A família tem vindo a assumir o domínio da prestação de cuidados e apoio informal a idosos, particularmente daqueles que se encontram em situação de dependência, pois como sugere Martins (2006:60) “o indivíduo funcionalmente dependente procura ajuda, primeiro no seio da família, sendo os familiares directos [sic] os mais solicitados para desempenharem este papel”. O cuidado fica, deste modo, socialmente dividido entre o Estado e a família (Lage, 2005).

A necessidade de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade, uma vez que, desde que o homem existe, sempre necessitou de cuidados, tratando-se, portanto, de uma função primordial e inerente à sobrevivência de todo o ser vivo (Coelho, 2012). Cuidar, tal como afirma Collière (1989: 235) é

“...um acto[sic] individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto[sic] de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”.

Marques (2007) complementa que cuidar diz respeito ao zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência e assumindo a responsabilidade e os encargos que lhe estão inerentes. Trata-se de um conceito complexo e multidimensional, uma vez que apresenta diversas dimensões, como a relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica (Pereira, 2015).

A necessidade de ser cuidado tem criado laços de interdependência entre as pessoas, surgindo a família como o mais antigo e utilizado serviço de assistência à saúde da humanidade (Marques, 2007).

O Conselho Internacional de Enfermeiros define família como “Grupo: Unidade social ou todo colectivo[sic] composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2011:115). Alarcão (2006) remete-nos para a ideia de que a família deve ser entendida como um sistema no qual existem objetos e respetivos atributos e relações; contém subsistemas e é contida em outros subsistemas ligados hierarquicamente e de que existem fronteiras que a diferenciam do seu meio.

A família desempenha, desde os tempos mais remotos, um importante papel, sendo considerada um sistema social primário, no qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve quer a nível físico, pessoal e emocional (Melo, Rua e Santos, 2014). A este respeito, Alarcão (2006) defende que a família apresenta dois tipos de funções durante o ciclo vital, o desenvolvimento e a proteção dos seus membros (função interna) bem como a socialização e transmissão de determinada cultura (função externa). Esta deve ainda, realizar com sucesso duas tarefas igualmente fundamentais, que residem na criação de um sentimento de pertença ao grupo e na individuação/autonomização dos seus elementos (Relvas, 2004).

As funções da família compreendem ainda, proporcionar apoio em momentos de crise, os quais correspondem às transições que podem constituir acontecimentos do ciclo normal de desenvolvimento, pelas quais todas as famílias passam (Minuchin et al., 1999; cit. por Rodrigues, 2012).

Sousa, Patrão e Vicente (2012), adotando os estádios de desenvolvimento familiar indicados por Carter e McGoldrck (2005), atribuem a cada estágio do ciclo de vida familiar, as suas próprias tarefas, e salientam, que a primeira referência ao envelhecimento, ocorre na fase das famílias com filhos adolescentes, onde se remete para a fragilidade da geração mais velha e a necessidade de apoiar ou cuidar dos pais idosos. Em cada estágio, a funcionalidade do sistema familiar depende do cumprimento das tarefas que implicarão a redefinição dos papéis familiares e reorganização da relação com o contexto externo (Relvas, 2004).

A família continua a desempenhar uma função primordial na promoção e manutenção da independência e saúde dos seus familiares, implicando a prestação de cuidados ao longo do seu desenvolvimento e durante as diferentes transições do ciclo vital (Sequeira, 2010; Araújo e Santos, 2012), sendo que, na opinião de Lage (2005: 203), “a maior parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo vital (infância e velhice)”.

Considera-se, inclusive, a nível mundial, que nenhuma instituição a possa substituir na prestação de apoio ao idoso, estimando-se que que 80% a 90% dos idosos, em diferentes países, sejam cuidados pela família (Neri, 2013).

A função de cuidar tem estado associada essencialmente à família, como foi reforçado anteriormente, pelo que é compreensível designá-los por cuidador familiar ou membro da família prestador de cuidados, entendido como “prestador de cuidados: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2011:115).

Embora esteja a cargo da família a função de cuidar do idoso dependente, a prestação de cuidados não se reparte dentro da família equitativamente. Cuidar implica uma grande diversidade de tarefas, a que correspondem, concomitantemente, distintos processos de vinculação e de resposta dos diferentes atores, daí que estes sejam designados de forma diferenciada (Machado, 2013; Martins, 2014).

Neri e Carvalho (2002; cit. por Sequeira 2010), tendo em conta o contexto do cuidar, apontam três tipos de cuidadores: **principal ou primário, secundário e terciário**. O cuidador principal ou primário é aquele sobre o qual recai a responsabilidade integral de cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados, realizando a maior parte dos mesmos, sem ser remunerado. O cuidador secundário é quem presta ajuda de forma ocasional ou regular, sem assumir a responsabilidade direta do cuidar. Trata-se habitualmente de familiares que dão apoio ao cuidador principal e, cuja colaboração pode passar pela prestação

direta de cuidados ou por apoio económico, em atividades de lazer e atividades de âmbito social. A pessoa que se assume como alguém (familiar, amigo ou vizinho próximo) que ajuda, de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência e não detém qualquer responsabilidade pelo cuidar é designado por cuidador terciário.

Os cuidadores informais (CI's) desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família, às necessidades de cada membro em particular e às expectativas da sociedade (Marques, 2007). A partir de investigações neste âmbito, é possível estabelecer também o seu perfil.

2.1 - PAPEL E PERFIL DO CUIDADOR INFORMAL

Assumir o papel de CI pressupõe uma mudança e acarreta uma transição específica que ocorre no seio das famílias em resposta a alterações, seja por doença ou por envelhecimento (Petronilho, 2013; Peixoto e Machado, 2016).

De acordo com uma revisão de literatura realizada por Kralik, Visentin e Van Loon (2006), a palavra transição é utilizada para descrever um processo de mudança nos estádios de desenvolvimento da vida, alterações na saúde e circunstâncias sociais.

A transição poderá implicar a necessidade de desenvolver novas habilidades, novos papéis, novas relações e novas estratégias de *coping* (Meleis e Trangenstein, 1994). De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, os cuidadores familiares experienciam uma transição do tipo situacional, “que inclui situações inesperadas que ocorrem na vida da pessoa e requerem uma redefinição dos seus papéis e/ou integração de novos (Melo, Rua e Santos, 2014:145).

Meleis (2010) referenciada pelos mesmos autores, defende que a transição é caracterizada por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida por meio de indicadores de processo e de resultados finais. Assim sendo, as respostas dos cuidadores a todo este processo, o seu envolvimento, a confiança demonstrada e as estratégias de *coping* a que recorrem, constituem indicadores de processo, que se esperam adequados, para que se alcancem indicadores de resultado (mestria e integração do novo papel) o mais eficiente e saudáveis possível.

Shyu (2000) descreveu três fases no processo de ajustamento do papel de prestador de cuidados (*role Tunning*):

- *role enganging* – caracteriza-se pela procura de informação, por parte da pessoa recetora de cuidados e seu cuidador, sobre a condição da pessoa doente, por forma a dar resposta às necessidades de cuidados;

- *role negotiating* – diz respeito à negociação na adaptação aos novos papéis onde se verifica a necessidade de informação mais específica, de acordo com a evolução do estado da pessoa cuidada;
- *role settling* - que conduz à adaptação e estabilização do papel, onde se evidencia a necessidade de suporte emocional subjacente ao desempenho da função (Peixoto e Machado, 2016)

A transição para o exercício do papel de prestador de cuidados, para além de ser um processo complexo, envolve inúmeras variáveis com influência mútua entre si, e com valores preditivos diferentes, designadamente do cuidador, da pessoa dependente, do contexto em que se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Desta forma, pressupõe-se que existem fatores que podem funcionar como facilitadores ou inibidores de uma transição eficaz, tais como os conhecimentos e capacidades, o significado pessoal, as crenças e atitudes, a condição socioeconómica e os recursos comunitários e sociais (Idem).

À assunção do desempenho do papel de CI está inerente a responsabilidade de garantir os cuidados necessários à manutenção do bem-estar do idoso. Tendo em conta que os CI's prestam apoio a idosos com algum tipo de dependência física, psicológica e social, as suas responsabilidades no cuidar podem reunir-se em três categorias de apoio disponibilizado: apoio material ou instrumental, apoio informativo ou estratégico e apoio emocional (Marques, 2007; Sequeira, 2010). O apoio instrumental está relacionado com a ajuda em situação de diminuição das capacidades funcionais; o apoio informativo ou estratégico, relacionado com a orientação para a resolução de problemas entre a pessoa dependente e os recursos externos e o apoio emocional, relacionado com atitudes de suporte, disponibilidade e presença, fundamental para a manutenção da autoestima do idoso dependente (Idem).

Para além do apoio instrumental ao idoso, a família assume, pois, um importante papel no seu bem-estar psicológico, tratando-se do principal sistema de suporte e a principal fonte de manutenção da dignidade da pessoa idosa (Paúl, 1997; Moniz, 2003).

Lage (2005) referindo-se a Aneshensel e col. (1995), considera que a duração, frequência e intensidade dos cuidados, estão diretamente relacionadas com as suas exigências, nomeadamente com a deterioração cognitiva, perturbações comportamentais e dependência funcional para as atividades de vida diária.

Cuidar de um idoso dependente, na generalidade das situações, não é fruto de uma decisão livre e consciente, envolvendo uma diversidade de razões, marcadas essencialmente pelas tradições de um país, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela conceção de vida e história de cada indivíduo (Figueiredo, 2007).

Os motivos que levam o CI a assumir esse papel podem ser por vontade, instinto e conjuntura. Por vontade entende-se quando o cuidador está motivado em satisfazer os seus sentimentos na relação com o outro; por instinto, visa instintivamente satisfazer a necessidade de sobrevivência do outro; por conjuntura quando se resigna à evidência da não existência de outra pessoa para a satisfação da necessidade (Taborda, 2012; Machado, 2013).

Outros autores agrupam os motivos em diferentes categorias: a normativa (dever/pressão social e o dever moral), a afetiva (o amor e a ternura), o afastamento/recusa da institucionalização, a económica/financeira (dificuldade em suportar a mensalidade exigida por uma instituição) e a coabitação/proximidade geográfica (Regadas e Marques, 2012).

A assunção do papel de CI não é um processo linear, sendo determinada por alguns fatores. De acordo com Martín (2005), o grau de parentesco, a proximidade afetiva, a coabitação, o género do cuidador e da pessoa cuidada e a situação profissional, constituem determinantes fundamentais na escolha do cuidador informal. Já para Sequeira (2010) a escolha é influenciada pela história de vida, experiências pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra.

Dos estudos consultados na literatura, ressaltam alguns traços gerais do perfil do CI que passamos a apresentar.

De entre os familiares, os cuidados informais são prestados na grande maioria por mulheres (Abreu, Leite e Costa, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Martins e Monteiro, 2012; Abreu, Silva e Costa, 2013; Brito, Nunes, Duarte e Lebrão, 2013; Castro, Vagos e Souza, 2013; Costa, Barroso, Rainho e Monteiro, 2013; Cunha, Pimenta e Nascimento, 2013; Duarte, Costa, Nunes e Lebrão, 2013; Gonçalves et al., 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Sequeira, 2013; Torres, Costa e Abreu, 2013; Areosa, Henz, Lawisch, e Areosa, 2014; Martins, Corte e Marques, 2014; Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos e Gonçalves, 2015; Pérez-Cruz, Muñoz-Martínez, Parra-Anguita e Del-Pino-Casado, 2016).

Também é possível estabelecer uma hierarquia sobre quem assume o papel de CI. Se a pessoa dependente é casada, a responsabilidade do cuidar é atribuída ao cônjuge (Cunha et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Sequeira, 2013). Na ausência do cônjuge, segue-se a descendência, sendo que a responsabilidade do cuidar recai sobre o elemento feminino mais próximo, habitualmente as filhas (Figueiredo et al., 2012; Abreu et al., 2013; Almeida, Oliveira, Francisco, Dias, Alves e Sousa, 2013a; Brito et al., 2013; Cunha et al., 2013; Duarte et al., 2013; Martins et al., 2014; Pérez-Cruz et al., 2016). Os amigos e/ou vizinhos tornam-se apenas cuidadores na ausência de familiares, ou como cuidadores secundários (Lage, 2007; Sequeira, 2010). Para explicar como se adquire este papel existe um Modelo Hierárquico Compensatório, que defende

uma ordem preferencial na aquisição do papel de cuidador: cônjuge-filhos-outros familiares (Martín, 2005; Pereira, 2013).

Estudos realizados no âmbito do CI apontam que estes apresentam idades compreendidas entre os 65 e 85 anos (Castro, Vagos e Souza, 2013; Gonçalves et al., 2013; Areosa et al., 2014), entre os 45 e os 60 anos (Cunha et al., 2013) e entre os 51 e 71 anos (Abreu, Leite e Costa, 2012; Abreu et al., 2013). De salientar também o estudo de Araújo e Santos (2012) onde as idades encontradas variaram entre os 13 e os 90 anos.

Relativamente ao estado civil, os casados constituem a maior proporção dos que prestam cuidados a um idoso dependente (Castro et al., 2013; Abreu et al., 2013; Costa et al., 2013; Cunha et al., 2013; Duarte et al., 2013; Francisco, Dias, Alves e Sousa, 2013; Sequeira, 2013; Abreu, Silva e Costa, 2013; Torres et al., 2013; Martins et al., 2014).

A coabitação é outro fator a ter em conta no papel de CI, pela proximidade física e afetiva com o idoso. Habitualmente, os prestadores de cuidados vivem na mesma habitação que o idoso dependente (Figueiredo et al., 2012; Brito et al., 2013; Duarte et al., 2013; Martins et al., 2014; Pérez-Cruz et al., 2016).

No que respeita ao estatuto laboral, a maioria encontra-se reformado ou desempregado (Castro et al., 2013; Costa et al., 2013).

Relativamente à formação académica, a maioria apresenta baixo nível de escolaridade, frequentando apenas o primeiro ciclo do ensino básico e, por vezes incompleto (Abreu et al., 2013; Almeida et al., 2013a; Castro et al., 2013; Costa et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Sequeira, 2013; Torres et al., 2013; Martins et al., 2014).

A responsabilidade pelo cuidar é interpretada por Pereira (2013) como um evento com múltiplas repercussões, quer pela dimensão física, pela duração prolongada em que habitualmente decorre, pela possível diminuição de contactos sociais, alteração de relacionamentos ou necessidade de reorganização da vida pessoal, provocando, portanto, impacto na vida dos cuidadores, conduzindo a dificuldades e necessidades específicas.

2.2 - SOBRECARGA, DIFICULDADES E NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL

Cuidar, constitui um processo complexo e exigente envolvendo um conjunto de situações potencialmente responsáveis por alterações na saúde e bem-estar do cuidador, que afetam negativamente o seu quotidiano e qualidade de vida e diminuem a sua capacidade para continuar a cuidar (Paúl e Fonseca, 2005; Loureiro, Fonseca e Veríssimo, 2012).

Prestar cuidados a um familiar dependente, apesar de constituir uma experiência cada vez mais normativa, consiste num enorme desafio que implica estar exposto a todas as consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados, sendo que de entre as consequências negativas, a sobrecarga do papel de cuidador surge como conceito chave na investigação sobre cuidador informal (Sequeira, 2007).

George e Gwyther (1986: 253) referem-se à sobrecarga (“burden”), como “os problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros experimentados pelos cuidadores que cuidam de idosos dependentes”. Braithwaite (1992) acrescenta ainda que se trata de uma perturbação que surge, ao lidar com a dependência física e incapacidade mental do idoso.

Alguns autores, distinguiram dois tipos de sobrecarga, a objetiva e subjetiva, sendo que, “enquanto a sobrecarga objetiva [sic] esta mais associada às tarefas de cuidar, a sobrecarga subjetiva [sic] está mais relacionada com as características do cuidador” (Martins, 2006: 65). A sobrecarga objetiva está, assim, relacionada com a situação de doença e dependência, o tipo de cuidados e a repercussão dos mesmos no bem-estar físico, psíquico, social e económico. A sobrecarga subjetiva reporta-se, por sua vez, à perceção pessoal do CI (aos sentimentos, atitudes e reações emocionais) sobre a experiência do cuidado, ou seja, às consequências psicológicas para a família cuidadora (Paúl e Fonseca, 2005; Marques, 2007; Sequeira, 2010). Esta última, repercute-se por meio de alterações psicológicas e de sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores, sendo que “a avaliação subjetiva constitui o elemento central para a determinação do bem-estar físico e psicológico do cuidador” (Pearlin e col., 1990; cit. por Sequeira, 2010: 287) e está intimamente ligada às estratégias de *coping* utilizadas.

Cuidar de um idoso dependente durante um longo período de tempo pode ter efeitos adversos na saúde e bem-estar do cuidador familiar, sendo que a literatura tem largamente descrito o impacto das exigências do cuidar em termos físicos, psicológicos/emocionais, socio familiares e financeiros.

A **sobrecarga física** pode resultar do excesso de atividades a desenvolver, da complexidade das tarefas, da diminuição das horas de sono e do consequente cansaço (Martins, 2014). De acordo com alguns autores, a situação de prestação de cuidados afeta a saúde física, levando a alterações no sistema imunitário, problemas de sono, enxaquecas, problemas gastrointestinais, fadiga, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares, doenças respiratórias e mais propensão a infeções (Marques, 2007; Lopes e Cachioni, 2012).

Há que salientar também, que grande parte dos CI são adultos idosos, que estarão a iniciar alterações próprias do envelhecimento (Imaginario, 2008), sendo que o risco de morbilidade nestes cuidadores, advém da sua própria idade e dos problemas de saúde que eles próprios enfrentam (Cunha, Pimenta e Nascimento, 2013).

A **sobrecarga emocional/psicológica**, é aquela que exerce mais impacto sobre o cuidador (Sequeira, 2010), verificando-se níveis de depressão e ansiedade superiores ao da população em geral, motivados pela dependência física, alterações comportamentais do idoso e cuidados que envolvem trabalho físico (Paúl e Fonseca, 2005).

Podem verificar-se também, sentimentos como a frustração, desânimo, culpa, ressentimento e diminuição da autoestima (Marques, 2007). São ainda frequentes sentimentos de raiva, hostilidade, revolta, medo, solidão, pessimismo, bem como desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica pela prestação contínua de cuidados (Martins, 2014).

A **sobrecarga socio familiar e financeira**, refere-se às mudanças no estilo de vida, que reduzem, modificam e geram insatisfações na vida social dos CI's (Abreu et al., 2012), bem como às repercussões económicas.

O estado do idoso e as solicitações constantes, podem resultar em isolamento social, por falta de tempo para si próprio e das suas atividades sociais (Marques, 2007). O desempenho do papel de CI, interfere também, com aspetos da vida familiar, predispondo-os a conflitos familiares, que podem surgir pela dificuldade de partilha de responsabilidades, por decisões e atitudes de uns e outros, por falta de valorização do papel de cuidador, quando não encontram alternativas viáveis ou as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o controle da situação (Imaginário, 2008; Cartaxo et al., 2012; Santos, Araújo e Freitas, 2012). O conflito para além de interpessoal, com o idoso, família e/ou amigos, pode ser também intrapessoal, relacionado por um lado, com o desejo de cuidar e por outro, com o desejo de manter outras atividades (Sequeira, 2010).

Pode ainda verificar-se alteração no funcionamento e dinâmica da própria família, com deterioração das relações familiares, entre o casal e filhos, por falta de tempo para eles, que pode ser agravada em caso de coabitação com o idoso dependente (Imaginário, 2008).

As questões profissionais influenciam, também, os níveis de sobrecarga, uma vez que muitos cuidadores mantêm uma atividade profissional em simultâneo, e podem ver-se confrontados com a necessidade de abdicar dela. Em caso de dependência elevada e de rede familiar reduzida, por vezes a alternativa é deixar de trabalhar, o que conduzirá a dificuldades económicas, resultantes da diminuição do rendimento económico familiar e do acréscimo de gastos com a pessoa dependente (Marques, 2007; Cerrato e Rojo, 2009).

A natureza das repercussões associadas ao cuidado de um idoso dependente, estão, por sua vez, relacionadas com o contexto do idoso, do cuidador e do meio (Sequeira, 2010).

O **contexto do idoso** surge relacionado com a necessidade de cuidados, no qual, variáveis como sexo, idade, religião, educação, recursos económicos, tipo de relacionamento com a família,

têm influência sobre a relação de prestação de cuidados e, por conseguinte, nas repercussões que dela resultam (Sequeira, 2010).

A natureza das repercussões sobre quem cuida, pode ser influenciada pela doença, sua duração, sintomatologia, estado funcional, tipo de cuidados e o prognóstico (Sequeira, 2010; Almeida et al., 2013b). Quanto maior a limitação nas atividades de vida diária, estágio avançado da doença e agravamento das funções cognitivas do receptor de cuidados, maior a necessidade de cuidados cada vez mais intensos, abrangentes e constantes, conduzindo a uma maior sobrecarga do CI (Marques, 2007; Lemos e Medeiros, 2011; Maia e Dal Pozzo, 2013).

No que respeita ao **contexto do cuidador**, relacionado com a capacidade para cuidar, a sobrecarga física, emocional e social, encontra-se diretamente relacionada com as características deste, como sejam o perfil sociodemográfico, tipo e composição da família, grau de parentesco, tipo de relação com o doente, personalidade, recursos pessoais, estratégias de *coping*, autoconceito, atitudes e crenças, expectativas, objetivos de vida, saúde física e mental e disponibilidade para o cuidar (Martins, 2006; Sequeira, 2010). Entre estas, destacam-se, na opinião de outros autores, o perfil sociodemográfico do cuidador, como ser mulher e cônjuge da pessoa cuidada, conviver e estabelecer uma má relação com a mesma, repartir o cuidado com outras responsabilidades, problemas de saúde no cuidador ou ainda alterações de comportamento da pessoa cuidada (Lage, 2005; Cerrato e Rojo, 2009).

De referir ainda, que a falta de treino e de conhecimentos, predis põem à deterioração cognitiva e funcional do idoso dependente, enquanto que a aquisição de conhecimentos, a mestria ou autoeficácia do cuidador, constituem recursos que os fortalecem e tornam mais aptos para o cuidado, contribuindo para o bem-estar do idoso dependente e para a redução do risco de sobrecarga. As capacidades de *coping*, amortecem, igualmente, as consequências do cuidado (Lage, 2005; Sequeira, 2010).

O **contexto do meio**, por sua vez, refere-se às variáveis essencialmente mediadoras que podem influenciar a relação da prestação de cuidados e cujo papel pode ser decisivo na ocorrência de sobrecarga objetiva e subjetiva (Sequeira, 2010). Essas variáveis incluem: o suporte social, os serviços formais de apoio, os recursos comunitários, a cultura, a legislação, a valorização social do seu papel de cuidador, o contexto em que se realizam os cuidados, a coabitação, o apoio por parte de familiares, amigos e vizinhos, estrutura e dimensão familiar (Lemos, 2012; Sequeira, 2010; Pinto e Barham, 2014a).

De salientar que o suporte social é considerado um bom preditor da saúde e bem-estar dos cuidadores devido à sua função de potencial mediador entre os agentes stressores e as suas consequências (George e Gwyther, 1986; Lage, 2005). Os mediadores constituem elementos que atuam como amenizadores das pressões exercidas sobre o cuidador, sendo exemplos as

habilidades do cuidador (tais como estratégias de enfrentamento de stress) bem como a sua capacidade de aplicar recursos materiais e obter apoio social (Pinto e Barham, 2014a). Lage (2005) defende que, se o CI tiver acesso a vários tipos de recursos (pessoais e sociais), pode minimizar ou resolver o impacto das exigências do cuidado.

Cuidar de um idoso dependente, constitui para muitos cuidadores uma experiência inteiramente nova, que se traduz em diferentes dificuldades e necessidades.

No que diz respeito às dificuldades, Pavarini e Neri (2000; cit. por Abreu et al., 2012) verificaram a existência de cinco fontes de dificuldades inerentes à prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes:

- As tarefas acarretam uma carga física e financeira, que tende a aumentar à medida que a saúde da pessoa idosa se vai deteriorando e a sua dependência vai aumentando;
- O peso das tarefas pode ser agravado pela falta de preparação e de informação da pessoa cuidadora, pela escassez de apoio social e emocional à pessoa cuidadora e pela falta de oferta de serviços especializados ou de apoio formal às pessoas idosas;
- O exercício do papel de cuidador tende a competir com o desempenho de papéis profissionais e familiares que a pessoa cuidadora exercia anteriormente;
- Cuidar de pais ou cônjuges idosos, normalmente, faz emergir sentimentos pessoais e conflitos familiares de difícil gestão;
- O cuidado desenvolvido no âmbito da família é, geralmente, uma atividade solitária, na medida em que a pessoa cuidadora realiza as tarefas sozinha e/ ou encontra pouco apoio social entre pessoas que estão a viver ou já viveram a mesma situação.

Assumir o papel de CI, de acordo com Petronilho (2013:48) “envolve mudanças nos padrões de comportamentos estabelecidos, nas expectativas e na aquisição de novos conhecimentos e habilidades”. Os cuidadores informais para exercerem o seu papel necessitam de adquirir conhecimentos que lhes permitam identificar as necessidades do recetor de cuidados, bem como estratégias quer para um desempenho seguro e de qualidade, quer para se protegerem de eventuais repercussões negativas do cuidar (Sequeira, 2010).

Cuidar de um idoso dependente constitui uma tarefa árdua, dado tratar-se de uma atividade repetitiva, incessante e que ultrapassa, muitas vezes, os limites do esforço físico, psicológico, social e económico (Pavarini e Neri, 2000; cit. por Abreu et al., 2012).

Trata-se de um processo complexo e dinâmico, devido às constantes variações da doença, evolução do grau de dependência, contexto familiar, redes de apoio, crenças e, sobretudo, devido à forma como o cuidador faz a gestão de todo o processo (Lemos, 2012). Tais fatores, na opinião de Marques (2007) influenciam as necessidades quer de quem recebe, quer de quem cuida.

A prestação de cuidados torna-se complexa quando o cuidador informal não consegue dar resposta às necessidades que provêm do cuidado, situações constrangedoras e dificuldades que exigem ao cuidador conhecimentos e capacidades para satisfazer as necessidades básicas de vida diária do idoso dependente (Lemos, Magalhães e Mata, 2013).

Efetivamente, cuidar de um familiar idoso pode resultar numa atividade desgastante, cujas implicações na saúde e qualidade de vida do CI, podem acentuar-se se este não possui conhecimentos, habilidades, recursos económicos, apoio suficiente (formal e informal) para prestar esses cuidados, ou não tiveram escolha quanto à aceitação do papel (Paúl, 1997; Paúl e Fonseca, 2005; Cerrato e Rojo, 2009; Lemos, 2012).

As necessidades dos CI's são categorizadas por alguns autores em: materiais, emocionais e informativas. Os aspetos materiais incluem recursos financeiros, questões associadas à habitação, transporte e acesso a serviços de saúde. O suporte emocional e redes de apoio que garantam qualidade de vida aos familiares cuidadores são também um aspeto importante (Sousa et al., 2006; Petronilho, 2013). Figueiredo (2007) acrescenta outro tipo de necessidade, relacionada com a informação acerca dos serviços disponíveis, subsídios e direitos, pois tal informação encontra-se frequentemente dispersa e exige tempo do cuidador para lhe aceder. Por outro lado, os CI's necessitam, também, de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo adaptações ambientais e arquitetónicas (Sousa et al., 2006; Petronilho, 2013).

Na fase inicial, o CI confronta-se com a necessidade de desempenhar um papel que, em muitos casos, constitui uma experiência nova (Sequeira, 2010) e, com o decorrer do desempenho desse papel, manifesta também necessidade de dedicar algum tempo a si próprio, o que poderia ser colmatado por instituições (apoio domiciliário, centros de dia, internamento temporário), ou pela sua substituição por outros CI's (Figueiredo, 2007).

Num estudo realizado por Abreu et al. (2012) da análise de conteúdo das respostas dadas pelos participantes, surgiram como categorias: necessidade de apoio emocional e psicológico, apoio para cuidar da pessoa idosa, de formação na área da prestação de cuidados, apoio da segurança social/documentação, apoio social e apoio financeiro.

Gonçalves, Almeida e Antunes (2013), por sua vez, identificaram como necessidades: tempo livre/lazer, apoio socio relacional e espiritual (religiosas e de conviver), apoio financeiro e apoio no cuidar, nomeadamente apoio formal (integração do idoso na RNCCI e melhoria das respostas dos serviços e ajudas técnicas).

Como foi enfatizado, cuidar de um idoso dependente pode acarretar diferentes tipos de sobrecarga, contudo, apesar da maior parte da literatura se focar principalmente nas consequências negativas, cuidar de uma pessoa idosa também acarreta aspetos gratificantes tais como a recompensa, sentido de utilidade, satisfação, sentimento de realização pessoal,

desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar, benefícios nas relações familiares, expressões de apreciação e afeto, aprender com a experiência, amadurecimento e crescimento pessoal (Paúl e Fonseca, 2005; Paúl e Ribeiro, 2012).

Esta tarefa nobre, leva, pois, o cuidador a experienciar sentimentos ambivalentes de sacrifício e prazer (Loureiro, Fonseca e Veríssimo, 2012).

Uma vez contextualizado o envelhecimento e caracterizado o CI no que respeita ao seu papel e perfil, quanto ao impacto, dificuldades e necessidades, resultantes do cuidar, serão abordados em seguida o stress e *coping*, conceitos chave na abordagem ao tema em estudo, bem como da intervenção do enfermeiro especialista.

3 - STRESSE E *COPING* DO CUIDADOR INFORMAL

Neste capítulo abordaremos o stress associado ao desempenho deste papel e as estratégias de *coping*, bem como será enfatizado o papel relevante do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no apoio aos CI's.

Cuidar de um familiar idoso dependente é considerado um processo contínuo e quase sempre irreversível, *stressor* e gerador de uma situação de crise, no qual o cuidador se vê confrontado com uma situação desafiante e difícil de gerir, que pode constituir uma ameaça ao equilíbrio do seu normal funcionamento (Martins, 2006; Pereira e Carvalho, 2012).

O stress tem sido amplamente apontado na literatura como o resultado principal da experiência de cuidar, uma vez que esta pode tornar-se num dos acontecimentos mais perturbadores na vida das pessoas, caracterizando-se por pressões e efeitos negativos, “gerando distúrbios na vida pessoal e social, na saúde, nas finanças, e no bem-estar físico e emocional, determinantes de stress em cuidadores” (Areosa, Henz, Lawisch e Areosa, 2014: 491), obrigando-os a definir e redefinir relações, obrigações e capacidades (Pearlin e Zarit, 1993; cit. por Lage, 2005).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (INC, 2015: 86) refere-se ao stress como

Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

Ainda Selye (1956) referenciado por Vaz Serra (1988: 301) define o stress como a “resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação”, sendo que as suas manifestações apenas podem variar em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica.

O mesmo autor, referindo-se a Monat e Lazarus (1985) distingue três tipos de stress: sistémico, relacionado com as perturbações dos sistemas tecidulares; social, com perturbação de uma unidade ou sistema social e psicológico, em que há fatores cognitivos que levam à avaliação da ameaça.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a situação indutora de stress é considerada toda a relação estabelecida entre a pessoa e o ambiente, percebida como excedendo os recursos da mesma para lidar com a situação, colocando em risco o seu bem-estar. Estes apontam o aparecimento do stress como resultado da forma como o acontecimento é percebido e o significado que lhe é atribuído, ou seja, o stress ocorre “quando a pessoa percebe

incompatibilidade eminente entre a natureza da exigência e a sua capacidade para lhe responder” (Figueiredo, 2007: 158).

A literatura diferencia dois tipos de stressores, os primários e secundários. Os primários relacionam-se com a consequência direta do processo de cuidar, no apoio às atividades diárias (dimensão objetiva) e com as reações emocionais e sentimentos face ao cuidar (dimensão subjetiva). Os secundários correspondem a conflitos decorrentes do cuidar, implicações na vida pessoal, familiar e profissional dos CI (Lage, 2005; Sequeira, 2010; Peixoto e Machado, 2016).

São vários os modelos de stresse, contudo, estes apresentam em comum três conceitos, os *stressores* aos quais as pessoas estão expostas, os mediadores que conseguem mobilizar e por fim a forma como experienciam o stresse, ou seja, as consequências deste (Lage, 2005).

Alguns autores consideram que o stresse do prestador de cuidados não é considerado um acontecimento, mas antes um processo, uma combinação de circunstâncias, experiências, respostas e recursos que variam consideravelmente entre cuidadores e que, consequentemente, diferem no seu impacto, na saúde e comportamento de quem desempenha esse papel (Paúl, 1997; Rodrigues, 2011).

De acordo com Jorge (2004) existe uma ligação entre stresse individual e stresse familiar, partindo da perceção da família como sistema, em que o impacto num membro da família afeta em algum grau os restantes membros.

Hill em 1949, referiu que os elementos *stressores* podem ser constituídos por qualquer evento de vida ou acontecimento com magnitude suficiente para provocar uma mudança no sistema familiar (Lagarelhos, 2012).

Jorge (2004) referindo-se a Bouchard (1991), acrescenta que o stresse familiar pode ser benigno ou severo, provocar perturbações, causar desconforto ou exercer fortes pressões no sistema familiar, produzindo mudanças que, em certos casos, podem interferir com o funcionamento familiar. A mesma autora refere ainda, que a fonte de stresse pode ser intra ou extra-familiar, sendo os stressores mais apontados, os conflitos familiares, financeiros, mudança de residência, equilíbrio na relação trabalho/família, doença, gravidez e morte.

No contexto do cuidar, os *stressores* podem constituir as condições problemáticas e as circunstâncias difíceis experienciadas pelos cuidadores familiares (Cardiga, 2014).

Decorrente de um estudo onde foram examinados comportamentos familiares para responder aos acontecimentos *stressores* (perda, doença e separação) foi concebido por Hill (1958) um Modelo de Stresse Familiar, designado ABC-X, em que o A corresponde ao acontecimento indutor de stresse, o B aos recursos familiares, o C à perceção que a família atribui ao acontecimento e o X ao resultado final, que pode traduzir-se em crise (Paúl, 1997; Jorge, 2004; Sequeira, 2010). Mais tarde, considerando que este modelo reduz o seu foco às variáveis pré-crise

e que os seus postulados não são suficientes para explicar o funcionamento familiar pós-crise, incluindo a reorganização e recuperação, McCubbin e Patterson (1982), propuseram o Modelo Duplo ABCX, de modo a complementar o modelo anterior. Estes acrescentam os esforços que os membros da família fazem, ao longo do tempo para se adaptarem, e propõem que sejam contempladas as fases pré-crise, crise e pós-crise (Sequeira, 2010; Cunha e Relvas, 2016). Deste modo, surgem quatro fatores: o fator aA que corresponde ao acumular de fatores de stresse; o fator bB que representa os esforços da família para ativar ou adquirir novos recursos; o fator cC que implica as modificações da perceção familiar da situação total de crise e, finalmente o fator xX correspondente à adaptação da família (Cunha e Relvas, 2016).

O stresse é inevitável para a família, contudo esta tende a adaptar-se, no sentido de manter a continuidade familiar, fazendo reajustamentos progressivos, em função dos acontecimentos que interferem no seu funcionamento, como é o caso da dependência (Marques, 2007; Sequeira, 2010). A família, dispõem, pois, de forças e meios individuais e coletivos (*coping*) para responder aos agentes indutores de stresse (Jorge, 2004).

Para Lazarus e Folkman (1984) o *coping* é entendido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de lidar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) com as exigências específicas, internas e externas, que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos disponíveis.

O Conselho Internacional de Enfermeiros define-o como “Atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (ICN, 2015: 50).

O *coping* pode, então, ser entendido como o desenvolvimento de esforços comportamentais ou cognitivos que possam responder a uma situação de stresse, conduzindo a um adequado ajustamento e adaptação. Este pode ser distinguido entre ativo e passivo. O primeiro consiste nos esforços e tentativas ativas para eliminar ou circunscrever o *stressor*; o segundo diz respeito às tentativas de evitamento do problema ou redução da tensão, através de pensamentos ou comportamentos de fuga (Cunha e Relvas, 2016).

Graziani e Swendsen (2007; cit. por Sapata, 2012) apontam três pontos-chave que ressaltam do conceito de *coping*: o *coping* é um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação stressante, não sendo considerado como um traço ou uma característica, mas como um conjunto de cognições e comportamentos de reação ao stresse; encontra-se relacionado com o contexto, uma vez que é influenciado pela avaliação que o sujeito faz quanto à exigência da situação, e as estratégias ou respostas utilizadas não são analisadas como boas ou más, mas sim como esforços que a pessoa empreende face às exigências ao qual é exposto, e que podem ter bom ou mau resultado.

Por sua vez, diversos autores defendem que o processo de *coping* envolve quatro conceitos básicos:

- O *coping* é um processo que ocorre entre indivíduo e ambiente;
- A função do *coping* é gerir a situação stressora;
- O processo de *coping* pressupõe que o indivíduo percebeu, interpretou e representou cognitivamente a situação avaliada, como stressante;
- O processo de *coping* constitui uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para gerir o evento adverso, ou seja, para que ocorra a elaboração das estratégias de enfrentamento, o indivíduo deve perceber o evento causador de stress, avaliar as suas opções e, por fim, adequar a estratégia avaliada como sendo a mais apropriada para o momento (Diniz e Zanini, 2010).

O *coping* familiar, constitui um conjunto de processos cognitivos, afetivos e comportamentais, concebidos para fortalecer a família, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou utilizar recursos próprios ou da comunidade, em função do elemento gerador de stress (Figueiredo, 2012; Lagarelhos, 2012). Este diz então respeito às “respostas apropriadas, positivas, eficazes, cognitivas e comportamentais, que as famílias e os seus subsistemas utilizam para resolver um problema ou reduzir o stress produzido por este ou por um acontecimento” (Friedman, 1992; cit. por Hanson, 2005:118).

A função do *coping* familiar remete-nos para a adaptação às exigências que o meio social, cultural e que os próprios membros da família colocam (Lagarelhos, 2012).

Tendo em conta o contexto do cuidar, Sequeira (2010:183) ao analisar investigações relacionadas com as repercussões da sobrecarga do cuidador, constatou que estes “têm como suporte, de forma implícita ou explícita, algum modelo de stress e/ ou de estratégias de resolução de problemas (estratégias de *coping*)”.

3.1 - ESTRATÉGIAS DE *COPING* DO CUIDADOR INFORMAL

Viver em família, como foi já enfatizado, exige progressivamente alguns ajustamentos, em função de acontecimentos que podem interferir no funcionamento familiar, como é caso de uma situação de dependência, e que exigirá da família a adoção de estratégias de resolução dos problemas ou seja de estratégias de *coping*, “que visam a adaptação através do processo de auto-organização” (Figueiredo, 2012:61).

Lazarus e Folkman (1991) referenciados por Pinto e Barham (2014b) defendem que o *coping* desempenha, essencialmente, duas principais funções: lidar com o problema que causa o

sofrimento (*coping* focado no problema) e regular as emoções, ou seja, controlar, reduzir ou eliminar as respostas emocionais ao episódio *stressor* (*coping* focado na emoção), surgindo, desta forma, estratégias de *coping* orientadas para o problema e para as emoções.

As estratégias de *coping* orientadas para o problema ou instrumental ocorrem quando as pessoas atuam diretamente sobre as circunstâncias do ambiente, procurando lidar com as fontes de stresse de modo a tornar o problema contornável ou melhorar o relacionamento indivíduo-meio. O seu objetivo consiste em analisar e definir a situação, de modo a encontrar formas ativas de enfrentar a fonte de stresse, no sentido da resolução dos problemas em causa, reduzindo deste modo, a percepção de ameaça (Jorge, 2004; Rodrigues, 2011; Carvalho, 2012; Pacheco, 2013).

As estratégias de *coping* orientadas para as emoções ou paliativas, têm como objetivo atenuar as emoções desagradáveis e desconfortos sentidos (Lazarus e Folkman, 1984). Referem-se aos esforços cognitivos e comportamentais para regular o impacto emocional gerado por uma situação de stresse, sem, contudo, atuarem diretamente sobre esta. São exemplos, fumar, passear, relaxar ou ver um filme. Constituem, pois, estratégias que derivam de processos defensivos como evitar e distanciar-se, como forma de diminuir a importância emocional do *stressor* (Idem).

O *coping* focalizado no problema, tende a ser empregue, em situações avaliadas como modificáveis, ou seja, que podem ser removidas ou alteradas e o segundo é mais utilizado quando as consequências do *stressor* são avaliadas como inalteráveis (Pinto e Barham, 2014b).

A escolha entre o uso de estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção, depende da avaliação da situação geradora de stresse, sendo que o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por eliminar a tensão e, da mesma forma, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça reduzindo, assim, a tensão emocional (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998).

Foi ainda apresentada uma terceira estratégia de *coping*, focalizada nas relações interpessoais, na qual a pessoa procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante (Idem).

Lazarus e Folkman (1984) propuseram cinco estratégias de *coping*, que incluem: procura de informação a partir de nós próprios ou de outros; ação direta, em que se lida diretamente com o fator stressante; inibição da ação, em que a pessoa se limita a não fazer nada; procurar suporte social e utilizar mecanismos de defesa intrapsíquicos.

Outros autores (Stone, Helder e Scheneider, 1988; cit. por Jorge, 2004), consideram que podem ser mobilizadas pela família algumas estratégias, incluindo algumas já repetidas na classificação anterior, que incluem: apoio social (procura assistência junto da família ou amigos), procura de informação (de forma a resolver ou lidar com o problema), religiosidade (para aliviar a angústia), redefinição da situação (sobretudo em situações avaliadas como requerendo

aceitação), evitamento, redução de tensão (comportamentos adotados para reduzir o stresse) e resolução de problemas (mais utilizado em questões financeiras).

Neste seguimento McCubbin, Olson e Larsen (1981) referidos pela mesma autora, agruparam as estratégias de *coping* familiar em duas dimensões:

As estratégias internas referem-se à mobilização de recursos do sistema familiar nuclear e incluem o reenquadramento (redefinir as experiências stressantes para que se tornem racionais e aceitáveis) e a avaliação passiva (adoção de uma postura mais passiva, em que a família expressa, que com o passar do tempo, tudo se vai resolver).

As estratégias externas incluem os comportamentos que família adota para adquirir recursos, fora desta, onde estão incluídas a aquisição de suporte social (utilizar recursos de vizinhos e família extensa), a procura de suporte espiritual (recurso à fé de cada um e da família em geral) e a mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda (procurar ajuda na comunidade e aceitar ajuda de outros).

As estratégias de *coping* familiar não são inatas, vão-se desenvolvendo ao longo da vida, “tentando dar resposta às exigências distintas de cada etapa do ciclo vital e à constante mutação familiar” (Cunha e Relvas, 2016:23), em função de alguns fatores como: o elemento que gera stresse, o significado que a família lhe atribui, as características pessoais de cada elemento da família, a cultura e, por último, as opções que se encontram disponíveis no momento (Lagarelhos, 2012).

Neste contexto, estratégias específicas podem ser mais importantes que outras, nas diferentes etapas do ciclo vital da família, caracterizadas por acontecimentos *stressores* igualmente específicos (Jorge, 2004). Tais estratégias, não são utilizadas da mesma forma por todas as pessoas, uma vez que “pessoas diferentes utilizam formas diferentes de enfrentamento devido a sua história de vida e encaram o problema estressor de maneira distinta e também possuem habilidades diferentes para lidar com o mesmo” (Pinto e Barham, 2014b: 639).

Alguns autores, defendem que a escolha das estratégias de *coping* está determinada, em parte pelos recursos internos e externos do indivíduo, os quais incluem características de personalidade, atitude, autoconceito e autoestima, motivação, capacidade cognitiva, experiência de vida, crenças e valores, recursos sociais e económicos, fatores sociodemográficos, educacionais e fatores contextuais (Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira, 1998; Sequeira, 2007; Guido et al., 2011).

Uma vez ativas, as estratégias de *coping* permitem:

- Diminuir a vulnerabilidade da família ao stresse;
- Reforçar ou manter os recursos que a família possui e que lhes permite protegerem-se do impacto dos problemas;

- Reduzir ou eliminar o impacto dos acontecimentos geradores de stresse e as suas dificuldades específicas;
- Mobilizar o processo de influência ativa do meio, permitindo alterar as circunstâncias sociais, de modo a facilitar a adaptação da família, à situação difícil com que se depara. (Olson et al., 1983; cit. por Lagarelhos, 2012).

As estratégias de *coping* emergem da interação entre a pessoa cuidada e o cuidador e desempenham um papel central a nível das repercussões, constituindo um mediador crítico na relação com o stresse (Martins, 2006; Sequeira, 2010). Perante situações de stresse do cuidador, associadas à sobrecarga quer física, emocional, social, familiar e económica, as estratégias de *coping*, podem moderar e contrabalançar a carga objetiva e o estado do cuidador (Pereira, 2013).

Martins (2006) reportando-se a Endler e Parker (1990) refere que as estratégias de *coping* assumem uma importância primordial na procura do bem-estar pois poderão conduzir a uma adaptação positiva e bom controlo da situação. Neste sentido, como defendem McCubbin e Patterson (1983) os esforços de *coping* familiar são escolhidos para mudar as circunstâncias de stresse, reduzindo a tensão familiar e mantendo a família unida e equilibrada.

A eficiência do *coping* foi definida como “a capacidade de diminuir o impacto do acontecimento stressor acima da definição do acontecimento, como crise” (Pearling e Schooler, 1978; cit. por Jorge, 2004:54) e depende, na opinião de Vaz Serra (1999) referenciado por Lagarelhos (2012) de dois elementos principais: os recursos que o indivíduo possui e o tipo de problema com que este se defronta, sendo que mesmo uma estratégia eficaz, dificilmente o será em todas as circunstâncias. Como tal, pessoas que diversificam os comportamentos de *coping* experienciam menos sofrimento (Lagarelhos, 2012).

As estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção são usadas durante, praticamente, todos os episódios stressantes, e o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de *stressores* envolvidos (Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira, 1998). Apesar de haver uma tendência para se considerar que as estratégias de *coping* focadas no problema são as mais eficazes, estas podem, contudo, revelar-se inúteis ou prejudiciais em situações nas quais não se esperam mudanças (Figueiredo, 2007).

Um dos instrumentos mais conhecidos para avaliar as estratégias de *coping* familiar é o Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES), cuja descrição remetemos para a parte metodológica.

Algumas investigações têm sido desenvolvidas com intuito de identificar as estratégias adotadas por cuidadores informais de doentes dependentes, que resumimos no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição de estudos de estratégias de *coping* de CI's de idosos dependentes

Autor/ano Título	Objetivos Estudo	Tipo estudo Instrumento de recolha de dados	Amostra e local do estudo	Principais resultados
Cartaxo, Gaudêncio, Santos, Araújo e Freitas (2012) Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do quotidiano	Identificar as estratégias de <i>coping</i> adotadas por cuidadores familiares de idosos dependentes.	- Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. - Formulário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada.	26 cuidadores informais Brasil	Surgiram como categorias: Fuga-esquiva, Confronto, Religiosidade e Renúncia; revelando que o indivíduo reage de forma distinta e singular a um mesmo estressor.
Castro, Frizzera, Rodrigues, Leite, Garcia e Bringuente (2012) Estratégias de Enfrentamento Adotadas pelos Familiares de Pessoas em Assistência Domiciliar	Identificar as estratégias de enfrentamento adotadas pelos familiares cuidadores de pessoas em assistência domiciliar.	- Estudo descritivo; - Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman, cujas análises e interpretações se deram a partir da Análise Temática.	12 cuidadores informais Brasil	As estratégias mais utilizadas pelos CI são centradas na emoção, ou seja, baseados em esforços defensivos que tentam modificar sua percepção sobre a situação ameaçadora e minimizar seu sofrimento emocional.
Rocha e Pacheco (2013) Idoso em situação de dependência: estresse e <i>coping</i> do cuidador informal	Relação entre o estresse psicológico e a adaptação psicológica (<i>coping</i>) do cuidador informal do idoso em situação de dependência.	- Estudo transversal; - Instrumentos: dados sociodemográficos, avaliação intensidade do estresse, escala de avaliação de <i>coping</i> abreviada e avaliação de dependência de Barthel.	110 cuidadores informais Faro Portugal	As estratégias de <i>coping</i> centradas no problema e no meio foram utilizadas pelos cuidadores informais de idosos mais dependentes. Contudo, as estratégias centradas no cuidador foram as que geraram menos estresse.
Dahdah e Carvalho (2014) Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família	Identificar indicadores sociais, estratégias de enfrentamento, percepção de benefícios e ônus e alterações nos papéis ocupacionais de cuidadores de idosos.	- Estudo quantitativo, descritivo, transversal; - Questionário social, Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais; Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP); Inventário de ônus e benefícios associados ao cuidado.	20 cuidadores informais Ribeirão Preto Brasil	As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram as focalizadas no problema. O domínio psicológico positivo foi o mais frequente. Ocorreram perdas no desempenho de papéis ocupacionais e no interesse por novos papéis no futuro.
Del-Pino-Casado, Perez-Cruz e Frias-Osuna (2014) Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents	Relações entre ansiedade e estressores, enfrentamento e carga subjetiva e contribuir para a definição de fatores relacionados com a ansiedade entre cuidadores familiares de dependentes mais velhos.	- Estudo Transversal; -Questionário Sociodemográfico; Escala: Barthel Índice, Short Portable Mental Status Questionnaire, Inventário de Neuropsiquiatria Cummings, Breve COPE, Índice e Escala Avaliação de Ansiedade Hamilton	140 cuidadores informais Espanha	Stressores (sintomas psiquiátricos e psicológicos e número de atividades assistidas da vida diária), enfrentamento centrado na emoção, enfrentamento disfuncional e sobrecarga subjetiva estava relacionado a uma maior ansiedade.
Pinto e Barham (2014a) Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência	Investigar habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse em cuidadoras de idosos e verificar se elas se correlacionam com medidas de percepção de bem-estar psicológico.	Estudo descritivo e correlacional; - Inventário de Habilidades Sociais; Escala de Estratégias de Enfrentamento de Estresse; Escala de Sobrecarga e Escala da Qualidade da Relação Diádica.	20 cuidadores familiares Brasil	As cuidadoras que relataram usar determinadas habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse com maior frequência se percebiam como tendo menos conflitos com a idosa de quem cuidavam e com menor nível de sobrecarga em alguns fatores

Quadro 1 - Distribuição de estudos de estratégias de *coping* de CI's de idosos dependentes (continuação)

Autor/ano Título	Objetivos Estudo	Tipo estudo Instrumento de recolha de dados	Amostra e local do estudo	Principais resultados
Pinto e Barham (2014b) Bem-estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência	Comparar dois grupos de cuidadores familiares: um de idosos com dependência física e outro de idosos com dependência física e cognitiva quanto a sua percepção de sobrecarga, qualidade da relação com o idoso, habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse.	-Instrumentos Escala de Burden de Zarit; Qualidade da Relação Diádica; Inventário Habilidades Sociais; Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Estresse do Canadian Aging Research Network; Questionário sobre Necessidades das Famílias.	20 cuidadores Brasil	Os cuidadores de idosos com demência relataram maior: sobrecarga, dificuldade para lidar com críticas justas, auto controle emocional e percepção de necessidades de apoio e serviços da comunidade.
Gonçalves, Zanini, Vasconcelos e Gonçalves (2015) <i>Coping</i> e pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde	Identificar e descreveras estratégias de enfrentamento utilizadas por doentes, cuidadores e profissionais de saúde no campo das doenças crônicas.	- Estudo Qualitativo; - Entrevista semiestruturada, audiogravada.	17 Pessoas Goiás Brasil	Preferencialmente foram utilizadas estratégias de enfrentamento diretas. Além disso, identificou-se o uso de estratégias de enfrentamento evitativas, como as de negação e não aceitação.
Pérez-Cruz, Muñoz-Martínez, Parra-Anguila e Del-Pino-Casado (2016) Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primários de adultos mayores dependientes de Andalucía, España.	Analisar a relação entre o tipo de enfrentamento e a carga subjetiva em cuidadores primários de familiares idosos dependientes en Andalucía (España).	- Estudo Transversal; - Questionario Brief COPE; índice esfuerzo del cuidador de Robinson; Índice de Barthel; Test de Pfeiffer; Inventario neuropsiquiátrico de Cummings..	198 cuidadores primários de idosos dependentes Andaluzia Espanha	O enfrentamento disfuncional relacionou-se com uma maior carga subjetiva e o enfrentamento centrado nas emoções relaciona-se com uma menor carga subjetiva
Rodríguez-Pérez, Abreu-Sánchez, Rojas-Ocaña e Del-Pino-Casado (2017) <i>Coping</i> strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives	Analisar a relação entre estratégias de enfrentamento e dimensões da qualidade de vida em cuidadores primários de parentes idosos dependentes.	- Estudo Transversal; - COPE Inventory, WHO QOL-BREF Scale.	86 cuidadores informais Espanha	O enfrentamento disfuncional estava relacionado a uma pior QV na dimensão psicológica, enquanto os enfrentamentos focados na emoção e no apoio social estavam relacionados a dimensões psicológicas e ambientais superiores da QV. As dimensões físicas e relacionais da QV não estavam relacionadas a estratégias de enfrentamento.

A experiência de cuidar de um idoso dependente, pode constituir um processo *stressor* e interferir adversamente na saúde e bem-estar do CI. Assim sendo, será importante potenciar nos CI's, os mecanismos de *coping* e desenvolver competências para o cuidar. Neste contexto, ressalta o importante papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no apoio e acompanhamento dos CI, como elemento fundamental na promoção da saúde e prevenção de complicações associadas ao desempenho do papel, com reflexos no bem-estar do CI e do idoso.

3.2 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Cuidar de um familiar dependente pode constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o membro mais diretamente envolvido, que deve ser compreendida (Regadas e Marques, 2012). O CI pode ficar mais vulnerável, pela diversidade, complexidade e intensidade de cuidados que tem de assumir e pelas mudanças que esta situação pode desencadear nos seus processos de vida, necessitando de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e reduzir o caos durante o período de transição (Meleis et al., 2000; cit. por Pereira e Silva 2012; Petronilho, 2013). Além disso o envelhecimento faz emergir o fenómeno da assunção do papel de prestador de cuidados, por um CI, por vezes, também idoso, podendo estar a vivenciar o próprio processo de envelhecimento (Maia e Dal Pozzo, 2013).

No cuidar do idoso dependente, a família sofre várias (re)adaptações, enfrentando situações de crise e mesmo de rutura, sendo que a única forma de aliviar esta sobrecarga pessoal e familiar é intervir junto desta população, providenciando o bem-estar do CI do idoso dependente, de modo a melhorar a qualidade de vida dos idosos, dos próprios CI's bem como promover a continuidade da disponibilidade familiar (Figueiredo, 2007; Martins, 2014).

Destaca-se, neste contexto o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública como facilitador das transições saudáveis, uma vez que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Diário da República, 2011).

Atualmente, as políticas nacionais encaminham-se para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio, em que o cuidado prestado pela família assume particular relevância e a qual deve ser reconhecida como um recurso efetivo no cuidado à pessoa dependente, e, considerar-se, como tal, entidade beneficiária de cuidados (Petronilho, 2016). A família emerge, pois, como foco dos cuidados de enfermagem e deve ser entendida como “unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere” (Nunes et al., 2012:2).

A recente reconfiguração dos CSP, orientada para a melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, permite no seu atual enquadramento legislativo, evidenciar os cuidados centrados na família, permitindo que o foco da prática de enfermagem seja direcionado para a mesma (OE, 2014). Novos desafios foram assim colocados aos enfermeiros, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar e coletiva e pelo seu papel de gestor e potencializador das forças, recursos e competências da família (Idem).

Os cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de cuidados, devem reconhecer a família “como uma unidade de transformação, promovendo e facilitando a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital das mesmas” (Ferreira et al., 2012: 222). Promover a capacitação, ou seja, o *empowerment*, é uma das competências inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, uma vez que fruto do seu percurso de formação especializada, adquiriu competências para participar “no desenvolvimento de programas e projectos [sic] de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos [sic] de saúde colectiva [sic] e ao exercício da cidadania” (Diário da República, 2011: 8667).

Estes profissionais devem integrar uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na identificação das suas necessidades e incluindo-a no planeamento e execução das intervenções (Wright e Leahey, 2011). Tendo em conta a abordagem colaborativa, também sustentada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), o enfermeiro incentiva os membros da família a elaborarem soluções promotoras de mudança que permitam o seu funcionamento efetivo em todas as áreas relevantes na promoção e manutenção da saúde familiar (OE, 2014).

Os cuidados de enfermagem à família implicam o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico de modo a possibilitar a expressão das inquietações, sentimentos e problemas percecionados pela família (Figueiredo, 2012).

Lage (2005: 224) realça também a importância de uma avaliação do contexto familiar a qual deve ser dirigida, “não tanto ao que ele faz, mas às suas percepções [sic] relativamente às responsabilidades que assume nos cuidados, à confiança nas suas competências de cuidar e à sua capacidade para gerir as múltiplas exigências que a prestação de cuidados comporta”. Efetivamente, uma adequada avaliação dos cuidadores, permite perceber as suas potencialidades, habilidades, competências, vulnerabilidades, necessidades e pontos críticos, que serão tidos em consideração num plano de acompanhamento (FCA, 2012). Trata-se de um aspeto fulcral nas três áreas de atuação dos profissionais de saúde: prática dos cuidados, investigação e políticas de saúde (Araújo e Martins, 2016).

A avaliação deve ocorrer preferencialmente em ambiente familiar, de modo a que os cuidadores possam expressar os seus receios e constrangimentos, constituindo igualmente o contexto ideal para a implementação de intervenções de enfermagem, que favoreçam a aquisição ou adaptação de novos papéis e otimizem a capacidade de autocuidado (Regadas e Marques, 2012). Requer um acompanhamento dinâmico, uma vez que as necessidades, conhecimentos e habilidades se vão alterando ao longo do tempo (Araújo e Martins, 2016).

Tendo em conta que o desempenho efetivo do papel de CI exige conhecimentos e competências específicas, “ajudar a ser competente deve ser um objetivo essencial dos profissionais que lidam com as famílias cuidadoras” (Lage, 2005:224).

Figueiredo (2007), considera que a intervenção junto das famílias deve incidir em três pontos fulcrais: educação/informação, suporte psicológico e redes sociais de apoio.

A este respeito, Marques (2007) salienta que o apelo à necessidade de informação é apontado como uma estratégia a adotar, para capacitar a família para a função de cuidar, uma vez que surgem, frequentemente, na prestação de cuidados, dúvidas, incompreensões e receios que podem e devem ser ultrapassados com formação e informação adequada às suas necessidades (Carvalho e Silva, 2013). Destaca-se neste sentido, o importante papel dos enfermeiros especialistas como educadores para a saúde, criando situações de aprendizagem adequadas à realidade dos CI's. Esta deve incluir informação acerca da doença e dependência, serviços disponíveis, subsídios e direitos, bem como comportamentos e atitudes que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença (Figueiredo, 2007). Outros autores acrescentam que uma intervenção precoce que inclua a educação acerca de estratégias de *coping* alternativas e informação prática, pode reduzir os efeitos negativos inerentes ao papel de CI, proporcionando-lhes melhores condições para cuidar (Abreu et al., 2012). Além disso, a qualidade de vida dos cuidadores irá depender das estratégias que adotem e do modo como conseguem fazer a gestão do stresse a que estão sujeitos (Sousa et al., 2006). A este respeito Hanson (2005) defende que ajudar as famílias a desenvolverem estratégias de *coping* do stresse, constitui uma estratégia de promoção da saúde.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) realça este papel dos enfermeiros, no 2º Enunciado Descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o qual “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Diário da República, 2015:16483). No seu desempenho evidenciam-se, pois, “actividades [sic] de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (Diário da República, 2011: 8667).

Salienta-se que no planeamento das estratégias educacionais, devem ter-se em conta as necessidades reais das pessoas, os aspetos demográficos, étnicos e culturais (Regadas e Marques, 2012).

O enfermeiro deve, também, em parceria com a família, ajudar a mobilizar os recursos pessoais e sociais, encaminhando a família para os recursos existentes na comunidade, que

possam auxiliar no controlo da situação stressante e na resolução dos problemas (Hanson, 2005). Devem ser sensibilizados para a vantagem de partilhar as suas experiências e dificuldades com pessoas que se encontram nas mesmas circunstâncias, especialmente com grupos de autoajuda (Lage, 2005).

Os CI's, deverão, ainda, ser ajudados a lidarem com os sentimentos de culpa, tristeza, frustração, raiva, depressão e outros, resultantes da responsabilidade assumida, devendo os enfermeiros assumir uma atitude compreensiva e respeitadora das particularidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais de cada pessoa (Machado, 2012). Devem, na opinião de Figueiredo (2012: 216) “receber suporte psicológico, através de aconselhamento, psicoterapia, gestão do *stress* e incremento de estratégias de *coping* eficazes, potenciando o reconhecimento dos aspectos[*sic*] positivos do cuidar”.

Acresce ainda na sua interação com o CI, que o enfermeiro deve assegurar-se não só da sua competência para satisfazer as necessidades dos idosos, mas também para cuidar de si mesmo. Neste sentido, deve ser alertado para a vigilância do seu estado de saúde, e para o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de doença, tais como fadiga, ansiedade, alteração de humor, revolta, sentimentos de culpa, perturbações do sono e necessidade de realizar vigilâncias periódicas do seu estado de saúde (Lage, 2005).

Pode dizer-se que os profissionais de saúde desempenham um contributo fundamental na capacitação do CI, para uma resposta adequada às necessidades de um familiar dependente, sendo que, na opinião de Sequeira (2010: 178) a otimização do papel do CI “passa pelo desenvolvimento de competência no domínio da informação, da mestria e do suporte, de forma integrada e complementar, de modo a promover oportunidades para o crescimento”.

Os familiares cuidadores quando alvo da atenção dos enfermeiros, percebem que estes se preocupam com as suas potencialidades e vulnerabilidades e conseguem atender com maior êxito às necessidades da pessoa que têm ao seu cuidado, reduzindo a incidência de situações de conflito, de ansiedade e stresse. O equilíbrio alcançado faz com que este aprenda a gerir com mais eficácia o seu tempo e a organizar melhor as tarefas do quotidiano, não perdendo a sua individualidade (Almeida et al., 2013b; Araújo e Martins, 2016).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4. - FASE METODOLÓGICA

O primeiro propósito de uma investigação em saúde, de acordo com Grande (2000:51) “é aprofundar e clarificar o conhecimento de uma área específica deste corpo de conhecimentos de forma a melhorar a qualidade de vida ou a assistência na doença”.

Para Fortin (2009:4), a investigação científica é entendida como um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas, de forma ordenada e sistemática, descrevendo, explicando e predizendo os factos.

Foi nesse sentido que se desenvolveu a presente investigação, procurando conhecer melhor a forma como os cuidadores informais enfrentam o seu papel como prestadores de cuidados de um familiar idoso dependente.

Assim, após contextualizar a problemática do estudo, iremos explanar a fase metodológica, imprescindível em qualquer trabalho de pesquisa, durante a qual se determina “um certo número de operações e de estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores (...)” (Fortin, 2009:211).

Deste modo, após revisão bibliográfica sobre o tema em estudo, apresentaremos os componentes do processo de investigação, nomeadamente, a questão de investigação e objetivos, o tipo de estudo, seleção da população e amostra, especificando os métodos de colheita de dados, procedimentos éticos e legais para a consecução do estudo e procedimentos relativos ao tratamento dos dados.

4.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

As estratégias de *coping* do cuidador informal têm sido alvo de interesse na comunidade científica, tendo surgido alguns estudos que abordam estas estratégias sobretudo nos cuidadores de doentes crónicos ou idosos dependentes. Trata-se de um tema que permanece atual, fruto do contexto sociodemográfico onde nos inserimos. A longevidade associada ao aumento de doenças crónicas, tem contribuído para o aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado, em contexto domiciliário, que requerem a médio ou longo prazo suporte familiar, destacando-se os cuidadores informais, familiares. Estes assumem um papel preponderante na recuperação e manutenção do bem-estar físico, psicológico e social do idoso.

A dependência de um familiar e a natureza complexa dos cuidados a prestar, podem ser geradores de stresse, tendo o familiar cuidador que adotar novas formas de resposta para

ultrapassar a crise, sendo que as estratégias de *coping* poderão atuar como um mediador crítico na relação com esse stresse (Marques, 2007).

Assim, consideramos pertinente um estudo nesta área, surgindo a seguinte questão de investigação: **Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes?**

As questões de investigação, são consideradas elementos básicos em qualquer estudo científico e na opinião de Fortin (2009:142) “tem por papel precisar os conceitos chave e a população alvo e também sugerir uma investigação empírica”.

Para dar resposta a esta problemática, definimos como objetivo geral: identificar as estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes e, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do idoso dependente;
- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico do cuidador informal;
- ✓ Caracterizar o contexto em que decorre a prestação de cuidados;
- ✓ Analisar as estratégias de *coping* do cuidador informal do idoso dependente.
- ✓ Analisar se as estratégias de *coping* são influenciadas pelas características sociodemográficas e clínicas do idoso, características sociodemográficas do cuidador informal e do contexto do cuidado.

A investigação na área das estratégias de *coping* dos cuidadores informais, tem como finalidade a construção de conhecimento que conduzam ao planeamento de ações, de forma a garantir a melhoria do atendimento aos cuidadores informais, promovendo um comportamento adaptativo por parte destes.

4.2 - TIPO DE ESTUDO

Partindo do pressuposto que a seleção do instrumental metodológico se deve adequar à natureza do problema em estudo e respetivos objetivos enunciados, concetualizámos um estudo que se insere na investigação não experimental, de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional.

O tipo de estudo delineado para a concretização deste trabalho, encontra-se no âmbito da investigação não experimental, e enquadra-se nos estudos do tipo descritivo que “visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar [sic] uma situação” (Fortin, 2009: 221). A mesma autora salienta que no desenho descritivo o

investigador estuda uma situação tal qual se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população ou conceitos que foram pouco estudados.

Face à problemática de investigação optou-se por efetuar um estudo descritivo-correlacional cujo objetivo é explorar e descrever relações entre variáveis, as quais o investigador ignora que possam estar associadas entre si (Idem). Em termos temporais, trata-se de um estudo transversal, uma vez que envolve a colheita de dados num ponto de tempo (LoBiondo-Wood e Haber, 2001) isto é, “os fenómenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados” (Polit, Beck e Hungler, 2004:180).

Sendo um estudo de carácter descritivo, o método quantitativo é o mais frequentemente aplicado, o qual “visa, sobretudo, explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos” (Fortin, 2009: 27).

4.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população entendida como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin, 2009:311), é constituída, neste estudo, por todos os cuidadores informais principais de idosos dependentes, referenciados numa ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) da Região Centro de Portugal, que usufruíram de visita domiciliária por parte desta equipa, entre os meses de julho a novembro, do ano de 2017, num total de 38 cuidadores informais. De referir que a ECCI tem uma capacidade de 25 utentes.

Contudo, uma vez que se torna difícil conhecer e englobar toda a população neste estudo, apenas pode ser analisada uma parte dos casos que constituem a população. Trata-se da amostra, que é considerado um subconjunto de entidades que compõem a população, mas deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

O método de amostragem adotado foi a amostragem não probabilística que “consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população” (Fortin, 2009:314), sendo, no entanto, menos representativa no que diz respeito à generalização dos resultados. Dentro desta, optamos pela amostra acidental ou de conveniência, constituída por indivíduos acessíveis e que se incluem nos critérios definidos, obtendo-se uma amostra de 33 cuidadores informais.

Para serem considerados participantes do estudo, devem reunir os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser cuidador informal principal, de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, referenciados numa ECCI da Região Centro de Portugal;
- b) Ser cuidador informal principal de um idoso dependente com Índice de Barthel inferior a 19;
- c) Ser cuidador informal principal com idade superior a 18 anos;
- d) Não receber qualquer tipo de remuneração pelos cuidados prestados;
- e) Aceitar participar voluntariamente no estudo depois de devidamente esclarecidos acerca dos objetivos do mesmo e assinem o consentimento informado;

4.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Na recolha de dados do presente estudo, optou-se pela utilização de um questionário (Apêndice A), uma vez que este “tem por objectivo [sic] recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009: 380). Foram construídas questões fechadas, abertas e mistas de resposta única ou múltipla e, integradas escalas já validadas para a população portuguesa.

O questionário, construído com base na pesquisa bibliográfica, é composto por duas partes, com finalidade de recolher informações relativas ao idoso cuidado, ao cuidador informal, e à identificação das estratégias de *coping* adotadas pelo cuidador.

A primeira parte é dividida em duas componentes:

- Componente (A), constituída por quatro questões, de 1 a 4, com as quais se pretende avaliar algumas características sociodemográficas e clínicas do idoso cuidado (sexo, idade, doenças diagnosticadas e nível de dependência-Índice de Barthel). As doenças serão avaliadas com base na Tabela Nacional do Grupos de Diagnóstico Homogéneo, publicado na Portaria nº 567/2006 de 12 de junho (Diário da República, 2006b).
- Componente (B), constituída pelas questões de 5 a 10, destinadas à avaliação das características sociodemográficas do cuidador informal (sexo, idade, estado civil, situação laboral, área de residência e classe social). Esta última será avaliada através da aplicação da Escala de Notação Social da Família-Graffar. As questões de 11 a 19, referem-se às características contextuais do cuidado (grau de parentesco, coabitação, tempo, periodicidade, número de horas de prestação de cuidados, tipos de cuidados prestados, cuidado prévio de pessoa dependente, apoios na prestação de cuidados, necessidade de apoio e necessidade de alterar atividades/interesses).

A segunda parte do questionário pretende identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes, com recurso ao Inventário de Avaliação Pessoal orientado para a Crise em Família (F-COPES).

Para a recolha de informação necessária a este estudo, recorreu-se, como foi referido, à utilização de algumas escalas, nomeadamente, o Índice de Barthel, Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado) e Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES) que a seguir se apresentam:

O Índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e pela RNCCI (Martins, 2014). Tem como objetivo avaliar a capacidade funcional, disponibilizando informação sobre o nível de independência da pessoa em 10 atividades básicas: higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, comer, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, deambular, controlo de esfíncteres e uso dos sanitários (Araújo et al., 2007).

Na versão original a pontuação do índice varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos). Outras versões deste índice propõem uma pontuação dos itens de 0 a 3, resultando uma pontuação total de 0 a 20 pontos (Araújo et al., 2007). Neste estudo optamos por esta versão, a única com validação publicada para Portugal e para a língua portuguesa, que permite agrupar as pessoas em quatro níveis de dependência:

- Dependência total - entre 0 e 8 pontos;
- Dependência grave - entre 9 e 12 pontos;
- Dependência moderada - 13 e 19 pontos;
- Independência total - 20 pontos.

O estudo das propriedades psicométricas aquando da sua validação para a população portuguesa, revelaram tratar-se de um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alpha de Cronbach* de 0,96). Neste estudo, verificou-se, igualmente, um nível de fidelidade elevado, suportado por um *alfa de Cronbach* igual a 0,849, em concordância com outros estudos realizados com este instrumento.

A Escala de Notação Social da Família (Graffar Adaptado), de Marcel Graffar (1956) foi adaptada para a população portuguesa em 1990 e atualizada em 2001 por Fausto Amaro e tem como propósito avaliar as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social (Figueiredo, 2012). A validade e significância da escala foi analisada por Sitkewch e

Grunberg em 1979, tratando-se de um sistema de classificação muito utilizado em estudos médico-sociais e em algumas instituições de saúde, por ser simples e objetivo (Marques, 2007).

De acordo com Figueiredo (2012), as características da família irão colocá-la num dos cinco graus dos itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Ao grau 1 corresponde a pontuação 1, ao grau 2 a pontuação 2 e assim sucessivamente, sendo que o somatório destas pontuações permite incluir a família numa das seguintes classes sociais:

Classe alta (I) - 5 a 9 pontos

Classe média alta (II) - 10 a 13 pontos

Classe média (III) - 14 a 17 pontos

Classe média baixa (IV) - 18 a 21 pontos

Classe baixa (V) - 22 a 25 pontos

De referir ainda, que a pontuação pode ser obtida a partir do somatório de 5 itens, 4 itens e 3 itens. No presente estudo, foi possível obter a pontuação a partir do somatório dos 5 itens.

No que respeita às características psicométricas, no presente estudo, obteve-se um *alfa de Cronbach* de 0,681, sendo classificado como tendo uma fiabilidade mais fraca (Pestana e Gageiro, 2008). Contudo, alguns autores consideram que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido (DeVellis, 1991; cit. por Maroco e Garcia-Marques, 2006).

O Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES) é a versão portuguesa do instrumento *Family Crises Oriented Personal Evaluation Scales*, desenvolvido por McCubbin, Olson e Larsen (1981), traduzido para a população Portuguesa por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990). É orientado para avaliar estratégias comportamentais e de resolução de problemas, utilizadas por famílias em situações difíceis, considerando os recursos familiares, sociais e comunitários. Tem como enquadramento teórico de base o Modelo Duplo ABCX de McCubbin e Patterson, que é uma extensão do Modelo ABCX de Hill (Pereira, 2012; Cunha e Relvas, 2016).

Os mesmos autores referem que a versão original se encontra organizada em cinco fatores (Adquirir suporte social, Reenquadramento, Procura de apoio espiritual, Mobilização da família para obter e aceitar ajuda e Avaliação passiva) e foi desenvolvida com o objetivo de avaliar dois grandes tipos de estratégias de *coping* familiar: estratégias internas e estratégias externas. As primeiras estratégias dizem respeito à forma como cada pessoa lida com as dificuldades, recorrendo aos recursos existentes no seio familiar (Reenquadramento e Avaliação passiva) e as segundas, relacionadas com o comportamento de cada pessoa para obter recursos de

enfrentamento fora do âmbito familiar (Aquisição de suporte social, Procura de suporte espiritual, Mobilização familiar para adquirir e aceitar ajuda).

Em Portugal foram realizados alguns estudos para validar o F- COPEs, sendo que o modelo que se revelou mais ajustado e o que foi adotado neste estudo, foi o de Martins (2008) que apresenta uma estrutura de sete fatores (Reenquadramento, Procura de Apoio Espiritual, Aquisição de Apoio social – Relações de Vizinhança, Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas, Mobilização de Apoio Formal, Aceitação Passiva e Avaliação Passiva). Contudo apenas os cinco primeiros podem ser utilizados como subescalas devido à fraca consistência interna apresentada pelos outros dois. O Reenquadramento (RE) avalia a capacidade da família para redefinir os acontecimentos indutores de stresse de forma a torna-los contornáveis; a Procura de Apoio Espiritual (AE) avalia a capacidade do sistema familiar para se envolver na procura de auxílio espiritual; Aquisição de Apoio Social - Relações de Vizinhança, (RV) avalia a competência da família para ativar recursos provenientes dos vizinhos; Aquisição de Apoio Social - Relações Íntimas (RI), avalia a competência da família para ativar recursos, provenientes da rede social primária e a Mobilização de Apoio Formal (AF) avalia a competência da família para procurar recursos em entidades de apoio formal (Idem).

O quadro 2 estabelece a correspondência entre os fatores e as respetivas afirmações do questionário.

Quadro 2 - Fatores do Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família

Fatores	N.º de itens	Afirmações correspondentes
Reenquadramento	7	3, 7, 11, 13, 15, 22, 24
Procura de Apoio Espiritual	4	14, 23, 27, 30
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	3	8, 10, 29
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	6	1, 2, 4, 5, 16, 25
Mobilização de apoio formal	3	6, 9, 21
Aceitação Passiva	3	12, 19, 20
Avaliação Passiva	3	17, 26, 28

Fonte: Adaptado de Cunha e Relvas (2016).

O F-COPES consiste num questionário de autorresposta, cujo preenchimento é indicado a partir dos 12 anos, constituído por vinte e nove itens (trinta na versão original, tendo sido retirado o item 18 atendendo aos valores psicométricos), em que, a partir de uma escala de *Likert* de 1 (Discordo muito) a 5 (Concordo muito) pontos, a pessoa deverá indicar em que medida concorda ou discorda das afirmações apresentadas.

Permite obter o resultado total de estratégias de *coping* e o resultado por fator, sendo que o cálculo do resultado total e respetivas subescalas implica, a soma dos itens abrangidos (Cunha

e Relvas, 2016). Quanto mais elevada for a pontuação obtida num fator, maior será a capacidade da família para utilizar essa estratégia, verificando-se o mesmo para a escala total, isto é, quanto mais alta a pontuação, mais estratégias de *coping* familiar são utilizadas pela pessoa (Idem). O modelo pressupõe, pois, que quanto maior o número de comportamentos de *coping* baseados nos dois níveis de interação, maior o sucesso familiar na adaptação a situações de stresse.

O estudo apresentado por Cunha e Relvas (2016) permitiu calcular valores de referência, apresentando-se no quadro 3 as médias e desvio-padrão para o resultado total de F-COPES e das suas cinco subescalas.

Quadro 3 - Valores de Referência do Inventário F-COPES

Resultados F-COPES (Amostra Total)	Média	Desvio Padrão
Reenquadramento	25.46	5.47
Procura de Apoio Espiritual	10.75	4,38
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	6,28	3,05
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	20,35	5,10
Mobilização de apoio formal	8,08	3,08
Total	90,37	17,91

Fonte: Cunha e Relvas (2016).

Relativamente às suas características psicométricas, a consistência interna do F-COPES na sua versão original revelou-se boa no que respeita à escala total ($\alpha=0,86$) (McCubbin, Olson e Larsen, 1981; cit. por Cunha e Relvas, 2016). No que respeita à validação para a população portuguesa, o modelo apresentado por Martins (2008), numa amostra de 372 pessoas, revelou uma consistência interna boa, sustentada por um *alfa de Cronbach* para a totalidade da escala de 0,85 (Martins, 2008). De salientar que as duas dimensões “Atitude Passiva” e “Avaliação Passiva” não foram utilizadas como subescalas independentes, devido à fraca consistência interna apresentada (Cunha e Relvas, 2016). Neste estudo, verificou-se para aferir a consistência interna que o valor de *alfa de Cronbach* na amostra selecionada foi de $\alpha = 0,612$. Este valor é inferior ao verificado no estudo de Martins (2008), contudo também a nossa amostra ($n=33$) é inferior à do seu estudo ($n=372$). Como referido atrás, estes valores são considerados aceitáveis, quando o número de itens envolvidos é reduzido (DeVellis, 1991; cit. por Maroco e Garcia-Marques, 2006). A consistência interna para cada um dos fatores, no modelo de Martins (2008) e no presente estudo, encontram-se no quadro 4.

Quadro 4 - Resumo dos coeficientes de *alpha* de *Cronbach* do Inventário F-COPES

Fatores do F-COPES	<i>α</i> de <i>Cronbach</i> Martins (2008)	<i>α</i> de <i>Cronbach</i> do estudo
Reenquadramento	0,79	0,647
Procura de Apoio Espiritual	0,85	0,609
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	0,82	0,766
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	0,77	0,749
Mobilização de Apoio Formal	0,70	0,278
Escala total	0,85	0,612

4.4.1 - Pré-teste

O pré-teste consiste na aplicação do questionário a uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser ou não compreendidas (Fortin, 2009). Esta etapa é fundamental, uma vez que permite validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário. De acordo com Lakatos e Marconi (2002), após se detetarem as falhas deve reformular-se o questionário para que este evidencie três importantes características: fidedignidade, validade e operatividade.

O pré-teste do questionário foi realizado a três cuidadores informais que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo. Na maioria dos casos, verificou-se dificuldade no preenchimento do instrumento, quer por apresentarem baixo nível de escolaridade, quer pelo grau de dificuldade que o preenchimento de todo o conjunto do instrumento representava, pelo que o questionário foi aplicado por administração indireta. Atendendo a que não foi necessário proceder a nenhuma alteração no conteúdo ou sequência das questões e devido ao número reduzido da amostra, optamos por incluir no estudo, os cuidadores informais que responderam ao pré-teste.

4.5 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu entre julho e novembro de 2017, no domicílio de cada um dos cuidadores informais de idosos dependentes, em ambiente calmo, após terem sido identificados pela equipa de enfermagem da ECCI e selecionados com base nos critérios de inclusão previamente definidos.

No período em análise encontravam-se inscritos na ECCI 38 utentes, sendo a amostra constituída por 33 cuidadores informais, não cumprindo os restantes os critérios de inclusão.

Os utentes e respetivos cuidadores informais referenciados na ECCI, aos quais não nos foi possível acompanhar nas visitas domiciliárias efetuadas pela mesma, recorreu-se à base de dados da RNCCI, e estabeleceu-se contacto telefónico prévio com os cuidadores para verificar a sua disponibilidade, marcando-se o dia e hora da aplicação do questionário. Quando nos foi possível acompanhar a equipa, o instrumento era aplicado durante as visitas domiciliárias. A duração média da aplicação do questionário foi de cerca de 1 hora.

4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a organização e codificação dos questionários, foi realizado o seu tratamento estatístico recorrendo ao programa informático, *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 23.0. Os resultados serão apresentados, recorrendo à distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) e, quando adequado, estas serão complementadas com medidas de tendência central, nomeadamente a média aritmética (\bar{x}) e a mediana (Md), e medidas de dispersão: valor mínimo (xmin), valor máximo (x_{máx}) e desvio padrão (s), de forma a melhor identificar os valores e tornar este estudo perceptível para quem lhe tenha acesso.

A análise de fiabilidade das escalas foi feita pela análise de consistência interna, através da determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

Na escolha dos testes tivemos em conta as características das variáveis em estudo, dos grupos em análise e as recomendações apresentadas por Pestana e Gageiro (2008) e Maroco (2010). Foi avaliada a normalidade da distribuição das variáveis através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Relativamente à comparação de resultados entre diferentes grupos, em primeiro lugar testamos a normalidade da distribuição dos mesmos, utilizando o teste de *Shapiro-wilk* (quadro 5). Perante distribuições normais utilizamos testes paramétricos, nomeadamente o teste *t* de *Student* para amostras independentes (Maroco, 2010). Utilizamos este teste para comparação das médias da pontuação total F-COPES entre géneros do cuidador informal, entre o meio onde vive, a coabitação e o ter cuidado de uma pessoa dependente no passado. A análise de correlação entre a pontuação total de F-COPES e a pontuação de cada uma das suas dimensões com o grau de dependência do idoso, a idade do cuidador informal, a pontuação Graffar, o tempo em que perduram os cuidados e o número de horas de cuidados diários, foi feita através da determinação do coeficiente de correlação de *Spearman* (Maroco, 2010).

Quadro 5 - Resultados do teste de *Shapiro-wilk* à distribuição da pontuação do Inventário F-COPES nos grupos em análise

Variável	Grupo	Valor de prova (<i>p</i>)
Sexo do cuidador	Masculino	0,486
	Feminino	0,071
Residência do cuidador	Meio rural	0,126
	Meio urbano	0,728
Coabitação com o idoso	Coabitam	0,643
	Não coabitam	0,132
Cuidados no passado	Cuidaram	0,368
	Não cuidaram	0,550

4.7 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação científica é uma atividade de grande responsabilidade moral e, particularmente no âmbito da saúde “é o enquadramento ético que dá à investigação científica, a indispensável dimensão humana” (Grande, 2000: 53). Qualquer investigação realizada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas, uma vez que pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, pelo que é necessário protegê-los, recorrendo-se neste sentido, aos códigos de ética (Fortin, 2009).

Durante o nosso percurso metodológico, por forma a salvaguardar os direitos das pessoas que participaram no estudo, foram concretizados alguns procedimentos ético-legais, nomeadamente, pedidos de autorização às instituições envolvidas e solicitado o consentimento livre e informado aos participantes.

Assim sendo, foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo, ao Diretor Executivo de Agrupamentos de Centros de Saúde, tendo-se obtido o seu parecer favorável (Anexo A) e à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo sido rececionada a resposta ao mesmo pedido que foi favorável (Anexo B).

Foi também oficializado um pedido aos autores responsáveis pela validação da escala F-COPES para a população portuguesa para a sua utilização (Apêndice B), bem como do Índice de Barthel (Apêndice C), tendo-se obtido respostas favoráveis (Anexos C e D).

A aplicação do instrumento de recolha de dados foi precedida por uma nota explicativa acerca do âmbito e da finalidade do estudo, do absoluto anonimato das suas respostas e do direito de consentir ou declinar voluntariamente a sua participação na investigação.

No que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados, visando o respeito pelos princípios de beneficência e justiça, garantiu-se aos participantes que toda a informação, recolhida ao longo do processo de investigação, seria apenas acessível ao investigador. No sentido de garantir o anonimato, cada inquérito foi codificado com um número e colocado num envelope.

Os participantes, depois de ler e serem esclarecidas todas as dúvidas, pela investigadora, assinaram o consentimento informado (Apêndice D). De referir que nos fizemos acompanhar de uma almofada de carimbo, para os casos em que os participantes não soubessem assinar, pudessem consentir com a sua impressão digital.

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dedicamos a presente secção à apresentação dos resultados obtidos, organizada em duas partes: a análise descritiva onde se caracteriza o idoso cuidado, identifica o perfil do cuidador informal e as características contextuais em que ocorre a prestação de cuidados e a análise inferencial, onde se pretende descrever as possíveis correlações e comparações entre as estratégias de *coping* e algumas variáveis de caracterização do idoso, cuidador informal e contexto dos cuidados. Recorreu-se ao uso de quadros antecédidos da respetiva análise, de forma a permitir uma adequada apresentação dos dados obtidos.

5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Esta análise foca-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas e utiliza para descrever os dados, indicadores chamados estatísticas (Pestana e Gageiro, 2008).

Caraterização do idoso

Analizando **as características sociodemográficas** do idoso (quadro 6) constata-se que 60,6% dos idosos são do sexo masculino. As idades dos idosos oscilam entre um mínimo de 66 anos e um máximo de 98 anos, com média de idades $80,45 \pm 9,2$ anos. Metade dos idosos tinha pelo menos 81 anos. Constatamos também que 45,5% dos idosos tem idades compreendidas entre 78 e 90 anos, seguidos de 36,4% cujas idades se situam entre 65 e 77 anos e de 18,2% pertencentes ao grupo etário superior a 90 anos. A distribuição de frequências é considerada normal ($p=0,200$).

Quadro 6 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e grupo etário

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	20	60,6
Feminino	13	39,4
Grupo etário		
[65-77]	12	36,4
[78-90]	15	45,5
[Mais de 90]	6	18,2
Total	33	100
$\bar{x} = 80,45$ Md= 81 s= 9,2 xmin= 66 xmax= 98 $p=0,200$		

Através da tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo, publicada no Diário da República (2006b) foi possível agrupar as **doenças clinicamente diagnosticadas**, nos idosos

em estudo. Verificou-se que todos os idosos apresentavam doenças clinicamente diagnosticadas, sendo as mais registradas, as doenças e perturbações do sistema nervoso (81,8%), onde se destaca o AVC e a Demência. Seguem-se as perturbações do aparelho circulatório (75,8%), como a HTA, a arritmia e a amputação dos membros inferiores por perturbações circulatórias como as mais identificadas. De destacar ainda as perturbações endócrinas nutricionais e metabólicas (36,4%) onde sobressai a Diabetes e do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (33,3%) onde ressaltam as doenças osteoarticulares (quadro 7).

Quadro 7 - Distribuição dos idosos segundo as principais doenças

Variável	n	%
Principais doenças do idoso		
Doenças e perturbações do sistema nervoso	27	81,8
Doenças e perturbações do olho	2	6,1
Doenças e perturbações do aparelho respiratório	5	15,2
Doenças e perturbações do aparelho circulatório	25	75,8
Doenças e perturbações do aparelho digestivo	5	15,2
Doenças e perturbações do sistema hepatobiliar e pâncreas	1	3,0
Doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	11	33,3
Doenças e perturbações endócrinas nutricionais e metabólicas	12	36,4
Doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário	3	9,1
Doenças e perturbações do aparelho genital masculino	2	6,1
Doenças e perturbações do Sangue/órgãos hematopoiéticos e doenças imunológicas	4	12,1
Doenças e perturbações mentais	3	9,1

O **nível de dependência** foi analisado através da aplicação do Índice de Barthel, tendo-se constatado que 2 (6,1%) dos idosos apresentam dependência moderada e 4 (12,1%), dependência grave. É de salientar que 27 (81,8%) apresentam dependência total. Observam-se pontuações compreendidas entre 0 e 11 pontos, ou seja, entre o nível dependência total e o nível dependência grave, um valor médio de $3,6 \pm 3,4$ pontos (quadro 8). O valor mediano situou-se nos 3 pontos. A distribuição de frequência não pode ser considerada normal ($p=0,043$).

Quadro 8 - Distribuição dos idosos segundo o nível de dependência (Índice de Barthel)

Variável	n	%
Nível de Dependência		
Dependência total	27	81,8
Dependência grave	4	12,1
Dependência moderada	2	6,1
Independência total	0	0
Total	33	100
$\bar{x} = 3,6$ $Md=3$ $s=3,4$ $x_{min}= 0$ $x_{máx}= 11$ $p=0,043$		

Tendo em conta uma análise mais aprofundada acerca das atividades alteradas, obtida através do Índice de Barthel (quadro 9), pode constatar-se que o grau de dependência é maior para o banho, sendo que 97% dos idosos cuidados são totalmente dependentes e apenas 3% conseguem fazê-lo sozinhos. Segue-se a atividade subir e descer escadas, em que 84,8% não conseguem fazê-lo e apenas 3% conseguem concretizar esta atividade. Verifica-se também que 78,8% dos idosos é totalmente dependente no uso da casa de banho e 21,2% precisam de ajuda. Constatou-se ainda que 75,8% dos idosos precisa de ajuda para o cuidado pessoal, 72,7% precisam sempre de ajuda para se vestir, 63,6% são incapazes de transferir-se entre superfícies (cama-cadeira) e 27,3% necessitam de grande ajuda na concretização desta atividade. Constata-se ainda, que 54,5% não consegue deambular sem ajuda e no que respeita à eliminação, 48,5% não controla a urina e 36,4% não controlam as fezes. Finalmente 24,2% encontram-se totalmente dependentes na alimentação e 63,6% necessitam de alguma ajuda nesta atividade.

Quadro 9 - Resultados Índice de Barthel

		N	%
Higiene pessoal	Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	25	75,8
	Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se e pentear-se sozinho	8	24,2
Tomar banho	Não consegue tomar banho sozinho	32	97,0
	Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	1	3,0
Vestir	Precisa sempre de ajuda de outra pessoa para se vestir	24	72,7
	Precisa de ajuda para algumas coisas (abotoar botões, fechos, atacadores)	9	27,3
	Sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	0	0
Alimentação	Não consegue alimentar-se sozinho	8	24,2
	Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc	21	63,6
	Desde que lhe coloquem a comida já preparada consegue comer sozinho	4	12,1
Transferência	Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	21	63,6
	Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	9	27,3
	Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	2	6,1
	Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	1	3,0
Subir e descer escadas	Não consegue subir e descer escadas	28	84,8
	Precisa de ajuda para subir e descer escadas	4	12,1
	Consegue subir e descer escadas	1	3,0
Deambulação	Não consegue andar, nem com a ajuda de outras pessoas	18	54,5
	Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	11	33,3
	Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	3	9,1
	Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.	1	3,0
Controlo intestinal	Não controla as fezes, ou só evacua com ajuda de clister	12	36,4
	Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	8	24,2
	Controla bem essa função	13	39,4
Controlo vesical	Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	16	48,5
	Perde urina acidentalmente	8	24,2
	Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	9	27,3
Uso da casa de banho	Não consegue ir à casa de banho	26	78,8
	Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	7	21,2
	Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	0	0

Caracterização do cuidador informal

Cada população investigada possui especificidades e realidades distintas. A partir do quadro 10, onde são apresentadas as **características sociodemográficas do cuidador informal**, podemos traçar o perfil dos cuidadores informais da amostra (n=33). Observa-se que a amostra é constituída maioritariamente, por CI's do sexo feminino, concretamente 75,8%. As idades dos elementos deste grupo variam entre 42 e 86 anos, com uma média de $66,1 \pm 11,7$ anos. Metade dos CI's tinha pelo menos 69 anos. Os grupos etários mais representados foram 70 a 79 anos (36,4%), seguidos dos grupos etários dos 60 aos 69 anos (27,3). A distribuição de frequências é considerada normal ($p=0,200$).

Em relação ao estado civil, a maioria afirma ser casado ou viver em união de facto (81,8%), seguindo-se em igual número os solteiros, divorciados ou separados (9,1%).

Relativamente à situação laboral, 63,6% dos CI's encontra-se reformado, 24,2% desempregados e 6,1% empregados e de baixa médica.

Quanto à área de residência, verificamos que 51,5% reside em meio urbano e 48,5%, provêm do meio rural.

No que respeita à classificação do nível socioeconómico dos CI's, os resultados obtidos através da aplicação da escala de Graffar, permitem constatar que 20 CI's (60,6%) pertencem à classe média baixa (IV), seguindo-se 7 (21,2%) pertencentes à classe média (III), 4 (12,1%) à classe baixa (V) e 2 (6,1%) à classe média alta (II). De salientar que nenhum participante pertence à classe alta (I).

Especificando os itens da escala de Graffar, e no que concerne à Profissão, 81,82% pertencem ao grau 5, ou seja, assalariados agrícolas e trabalhadores indiferenciados, seguindo-se 12,2% ao grau 4, dos quais fazem parte os pequenos agricultores, operários semi-qualificados entre outros e, 6,1% ao grau 2, onde se incluem por exemplo professores, profissões liberais, entre outros. A nível da Instrução, constatou-se que 45,4% pertencem ao grau 4 (entre 4 e 9 anos de escolaridade), 33,3% ao grau 5 (não sabe ler nem escrever ou escolaridade inferior a 4 anos), 12,1% ao grau 3 (entre 9 a 12 anos de escolaridade), 6,1% ao grau 2 (Bacharelato ou Curso Superior inferior a 3 anos) e 3% ao grau 1 (licenciatura, mestrado ou doutoramento). Na Origem do Rendimento apurou-se que 78,8% pertencem ao grau 4, ou seja, provenientes de remunerações inferior ou igual ao salário mínimo nacional, pensionistas ou reformados, ou vencimentos incertos e 21,2% ao grau 3 onde se incluem os vencimentos certos. Não se verificou nenhum participante, nos restantes graus. O tipo de habitação, em 39,4% dos inquiridos pertence ao grau 3, ou seja, habitações em bom estado de conservação e 30,3% ao grau 2 (casa ou andar bastante confortável) e grau 4 (casa ou andar modesto). Finalmente, o local de residência pertence em 48,5% dos casos ao grau 3, ou seja, à zona intermédia, 33,3% ao grau 4 (bairro social ou zona antiga) e 18,2% ao

grau 2 (bom local). De referir que quanto maior a pontuação, mais baixa a classe social (Apêndice E).

Quadro 10 - Distribuição dos Cuidadores Informais (CI's) segundo as características sociodemográficas

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	8	24,2
Feminino	25	75,8
Grupo Etário		
[40-49]	4	12,1
[50-59]	5	15,2
[60-69]	9	27,3
[70-79]	12	36,4
[80-89]	3	9,1
$\bar{x} = 66,15$ $Md=69$ $s = 11.7$ $xmin= 42$ $xmáx= 86$ $p= 0,200$		
Estado Civil		
Solteiro (a)	3	9,1
Casado (a) / união de facto	27	81,8
Viúvo (a)	0	0
Divorciado (a)/separado (a)	3	9,1
Situação Laboral		
Empregado (a)	2	6,1
Desempregado (a)	8	24,2
Baixa Médica	2	6,1
Reformado (a)	21	63,6
Área de Residência		
Meio rural	16	48,5
Meio urbano	17	51,5
Posição Social (Escala de Graffar)		
I Classe Alta	0	0
II Classe Média Alta	2	6,1
III Classe Média	7	21,2
IV Classe Média Baixa	20	60,6
V Classe Baixa	4	12,1

Caracterização do contexto de cuidados

Os dados referentes às características contextuais do cuidado, constituem o quadro 11, através do qual se pode observar que a maioria dos CI's são cônjuges da pessoa dependente (60,6%), destacando-se as esposas (42,4%) em relação aos maridos (18,2%). Seguem-se os filhos/as (27,3%), com destaque para os descendentes do sexo feminino (21,2%) em relação aos do sexo masculino (6,1%). A amostra também integra como CI, um neto, uma nora, uma sobrinha e uma ex-mulher (12%).

Verificamos também, que dos 33 cuidadores informais inquiridos, 30 (90,9%) vivem no mesmo domicílio do idoso dependente. Os restantes 3 (9,1%) não coabitam com o idoso a quem prestam cuidados, encontrando-se dois a uma distância de 1Km e um CI a uma distância de 9 km.

Observando os dados obtidos, relativamente ao tempo de prestação de cuidados, verificamos que os cuidadores informais prestam cuidados entre 2 meses e 20 anos, sendo a média de prestação de cuidados de $5,5 \pm 4,87$ anos. Metade dos inquiridos cuidou durante 4 ou mais anos e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ($p=0,021$). A maior parte dos cuidadores informais, concretamente 36,4 %, presta cuidados entre 4 a 8 anos; 24, 2% cuidam entre 1 a 3 anos e num período superior a 8 anos e 15,2% referem tempos inferiores a 1 ano.

No que diz respeito à periodicidade com que prestam cuidados, os dados evidenciam que a totalidade dos inquiridos o faz diariamente e, em relação ao número de horas diárias destinadas ao cuidado, 18 cuidadores informais (54,5%) despendem entre 6 a 10 horas/dia; 10 (30,3%) gastam mais de 10 horas e 5 cuidadores informais (15,2%) entre 1 a 5 horas de cuidados por dia. O número de horas mínimo para a prestação de cuidados é de 4 horas/dia e o máximo de 24 horas. Verifica-se que o valor médio é de $10,3 \pm 6,51$ horas. Metade dos elementos da amostra gastou 8 ou mais horas, na prestação de cuidados e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p<0,001$).

O tipo de cuidados mais referidos pelos cuidadores informais inclui: medicação e companhia (97%), higiene pessoal (90,9%), vestir e despir (87,9%), locomoção (84,8%), higiene da habitação (81,8%), alimentação (45,5%), e outros, nomeadamente o acompanhamento a consultas (referido por 21,2%).

Quadro 11 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: relação de parentesco, coabitação, tempo de prestação de cuidados, periodicidade, tempo despendido e tipo de cuidados prestados

Variável	n	%
Relação de parentesco com o idoso dependente		
Marido/Companheiro	6	18,2
Mulher/Companheira	14	42,4
Filho	2	6,1
Filha	7	21,2
Neto	1	3,0
Nora	1	3,0
Sobrinha	1	3,0
Outro	1	3,0
Coabitação com o idoso cuidado		
Não	3	9,1
Sim	30	90,9
Tempo de prestação de cuidados, em anos		
[Menos de 1 ano]	5	15,2
[1 - 3]	8	24,2
[4 - 8]	12	36,4
[Mais de 8]	8	24,2
$\bar{x} = 5,5$ Md=4 s = 4,87 xmin=0,17anos (2 meses) xmax= 20 anos p=0,021		
Periodicidade de prestação de cuidados		
Diariamente	33	100
Semanalmente	0	0
Mensalmente	0	0
Tempo despendido na prestação de cuidados, em horas		
[1 - 5]	5	15,2
[6 - 10]	18	54,5
[Mais de 10]	10	30,3
$\bar{x} = 10,3$ Md= 8 s =6,51 xmin=4 xmax=24 p<0,001		
Cuidados prestados ao idoso		
Alimentação	15	45,5
Vestir/despir	29	87,9
Locomoção	28	84,8
Higiene pessoal	30	90,9
Higiene da habitação	27	81,8
Medicação	32	97,0
Companhia	32	97,0
Outro	7	21,2

Através da análise do quadro 12 verifica-se que 9 (27,3%) cuidadores informais referem já ter cuidado de outro idoso dependente, no passado, indicando tempos de prestação de cuidados que variam entre 5 meses a 7 anos, com um valor médio de $2,52 \pm 1,99$ anos. Destacou-se o

intervalo compreendido entre 2 e 3 anos (12,1%), seguindo-se o período superior a 4 anos (9,1%) e os restantes cuidaram por um período entre 6 meses e 1 ano (6,1%). De salientar que a maioria dos cuidadores informais nega ter cuidado de alguém dependente no passado (72,2%).

Quadro 12 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: prestação de cuidados no passado

Variável	n	%
Cuidado de alguém dependente, no passado		
Não	24	72,7
Sim	9	27,3
Tempo que cuidou de alguém no passado		
6 meses a 1 ano	2	6,1
2 ano a 3 anos	4	12,1
≥4 anos	3	9,1
$\bar{x} = 2,52$ Md=2 s = 1,99 xmin=0,42anos (5 meses) xmax= 7anos...p=0,055		

No que diz respeito ao tipo de apoio recebido, 18 cuidadores informais (54,5%) referem receber apoio para cuidar do idoso dependente, enquanto 15 (45,5%) referem não ter qualquer tipo de apoio. Dos que recebem apoio, este é proporcionado por familiares (48,6%), essencialmente as filhas (30,3%). Também foram referidos, em igual número, filhos, maridos e netos (6,1%). Fora do âmbito familiar, foi o apoio domiciliário o mais destacado (12,1%), seguido do apoio de cuidadores remunerados (6,1%).

Dos 33 inquiridos, a maioria (81,8%) referem necessitar de apoio, o qual se prende essencialmente com visitação domiciliária de enfermagem (66,7%), visitação domiciliária médica (45,5%), instituições de apoio social (21, 2%), apoio familiar (15,2%) e outro (3%), referente a apoio monetário.

Podemos ainda referir que 87,9% da amostra sentiu necessidade de alterar as suas atividades/interesses ao assumirem o papel de cuidadores informais. De entre as atividades mais alteradas destacam-se os passatempos (84,3%), seguidos das relações familiares e com amigos (75,8%), as atividades profissionais (27,3%) e outros (mudar de país para cuidar do seu familiar idoso). No que se refere aos passatempos que sofreram alteração com a assunção desse papel, referem as atividades agrícolas, desportivas e ir às compras (15,2%), passear com a família (6,1%) e apenas 3%, participar em atividades religiosas (quadro 13).

Quadro 13 - Distribuição dos CI's segundo as características contextuais do cuidado: ajuda para cuidar, necessidade de apoio, alteração de atividades/interesses

Variável	n	%
Recebe ajuda para cuidar do idoso		
Não	15	45,5
Sim	18	54,5
Quem proporciona essa ajuda		
Marido	2	6,1
Filha	10	30,3
Filho	2	6,1
Netos	2	6,1
Apoio domiciliário	4	12,1
Cuidador remunerado	2	6,1
Necessidade de apoio no cuidado ao idoso		
Não	6	18,2
Sim	27	81,8
Tipo de apoio que necessita		
Familiar	5	15,2
Visitação domiciliária de enfermagem	22	66,7
Visitação domiciliária médica	15	45,5
Instituições apoio social	7	21,2
Outro	1	3
Necessidade de alterar atividades/interesses		
Não	4	12,1
Sim	29	87,9
Principais atividades/interesses alterados		
Atividades Profissionais	9	27,3
Relações familiares/amigos	25	75,8
Passatempos	28	84,3
Outras	1	3
Passatempos alterados com o cuidado ao idoso		
Atividades agrícolas	5	15,2
Atividades desportivas	5	15,2
Ir às compras	5	15,2
Passear com a família	2	6,1
Participar em atividades religiosas	1	3,0

Estratégias de *coping* dos cuidadores informais

Os dados obtidos através da aplicação do inventário F-COPES permitem identificar as estratégias utilizadas pelos cuidadores informais, procurando desta forma responder à questão de partida.

No que respeita ao presente estudo, os resultados apresentados no quadro 14, foram obtidos com base nos dados observados para cada um dos fatores e para o global do referido inventário e permitem retratar a representação dos cuidadores informais inquiridos, em termos da

utilização das diferentes estratégias, quando confrontados com a prestação de cuidados ao idoso dependente.

No que respeita ao fator **Reenquadramento**, o *score* mínimo observado é 18, muito superior ao possível (7) e o *score* máximo é 31, muito próximo do possível (35). O valor médio foi de $25,9 \pm 3,42$ pontos. Metade dos participantes obteve, neste fator, resultados iguais ou superiores a 27 pontos. Tendo em conta os valores de referência de Cunha e Relvas (25,46) podemos constatar que revelam boa capacidade para utilização desta estratégia. Na **Procura de apoio espiritual** obtiveram-se como resultados, um *score* mínimo de 4 coincidente com o *score* mínimo possível e um máximo de 14. Metade dos elementos da amostra obteve resultados superiores a 9 pontos. A média obtida foi de 9,15, que se encontra no intervalo encontrado pelas mesmas autoras ($10,75 \pm 4,38$), mais próximo do limite inferior. O fator **Aquisição de apoio social - relações de vizinhança**, obteve um *score* mínimo de 3 e um *score* máximo de 11, com um valor médio de $5 \pm 2,35$. Metade dos cuidadores informais obteve resultados iguais ou superiores a 4 pontos, o que se encontra entre os valores médios obtidos no estudo mencionado ($6,38 \pm 3,05$). Relativamente à capacidade da família para recorrer à **Aquisição de apoio social – relações íntimas**, o *score* mínimo possível coincide com o observado (6) e o *score* máximo obtido foi de 23, com valores médios $14,81 \pm 4,53$, que se encontram compreendidas no intervalo dos valores de referência ($20,35 \pm 5,10$). Finalmente, a **Mobilização de apoio formal** obteve como resultados, um *score* mínimo de 6, superior ao possível (3) e um *score* máximo de 13, próximo do possível (15), com uma média de 8,54, valor superior ao encontrado por Cunha e Relvas (8,08).

No global da escala, obtiveram-se resultados que oscilaram entre 65 e 99 pontos, sendo o valor médio de $79,96 \pm 8,14$. Metade dos inquiridos, obteve, no global da escala, resultado igual ou superior a 80 pontos. A média obtida encontra-se entre o intervalo calculado pelas autoras ($90,37 \pm 17,91$), o que nos leva a concluir que os cuidadores fazem uma utilização das estratégias de *coping* próximas das que foram evidenciadas na amostra do estudo de Cunha e Relvas (2016).

Considerando os diferentes fatores, pode constatar-se que os melhores valores obtidos foram para o fator Reenquadramento e Mobilização de apoio formal, cujos valores médios ultrapassam os obtidos nos valores de referência.

Quadro 14 - Caracterização do Inventário F-COPES por fator e global

Dimensões F-COPES (n=33)	Amplitude (Nº de itens)	(\bar{x})	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	p
Reenquadramento	7-35 (7)	25,9	27	3,42	18,00	31,00	0,016
Procura de Apoio Espiritual	4-20 (4)	9,15	9	2,41	4,00	14,00	0,113
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	3-15 (3)	5,00	4	2,35	3,00	11,00	< 0,001
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	6-30 (6)	14,81	16	4,53	6,00	23,00	0,104
Mobilização de apoio formal	3-15 (3)	8,54	8	1,90	6,00	13,00	0,004
Total	29-145 (29)	79,96	80	8,14	65	99	0,200

Analisando individualmente cada fator, com base na distribuição dos elementos da amostra segundo as frequências nos itens do Inventário F-COPES (quadro 15), relativamente à capacidade da família para recorrer ao **Reenquadramento (RE)**, salientamos o item 24, em que 54,5% dos inquiridos concorda moderadamente em definir o problema de forma positiva e o item 13, em que 60,6% concorda moderadamente que mostram ser fortes perante a situação. Relativamente ao fator **Procura de apoio espiritual (AE)**, destaca-se que 87, 9% não procuram o conselho de um Padre (item 27), contudo, 69,7% assumem ter fé em Deus (item 30). Pode ainda observar-se, no que respeita ao fator **Aquisição de apoio social –relações de vizinhança (RV)**, que a maioria (75,8%), concordam que não recebem ofertas e favores de vizinhos (item 8), 57,6% não pedem que lhes façam favores ou deem assistência (item 10) e 48,5% não partilham os problemas com os vizinhos (item 29). Relativamente à **Aquisição de apoio social –relações íntimas (RI)**, 27,3 % dos cuidadores informais compartilham as dificuldades com familiares (item1), contudo, 45,5% não procuram conselhos de parentes próximos (item 5). De referir também que 39,4% não procuram o encorajamento de amigos (item 2) e 36,4% não procuram informações e conselhos junto de pessoas de outras famílias que passaram por problemas semelhantes (item 4). Finalmente, no que se refere ao fator **Mobilização de apoio formal (AF)**, sobressai que 51,5% concordam moderadamente, procurar conselho e ajuda profissional para resolver as dificuldades familiares (item 21) e 27,3% procurar informação e conselho junto do médico de família (item 9). Por sua vez, 39,4% não procuram auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a deles (item 6).

Quadro 15 - Distribuição dos CI's segundo as frequências nos itens do Inventário F-COPES

Fatores		Itens	Discordo muito	Discordo Moderadamente	Não Discordo nem Concordo	Concordo Moderadamente	Concordo muito
RE		3 – (...) temos capacidade para resolver os problemas mais importantes”	0 (0%)	1 (3,0%)	3 (9,1%)	15 (45,5%)	14 (42,4%)
		7 – (...) a nossa família tem recursos próprios para resolver os nossos problemas	2 (6,1%)	1 (3,0%)	11 (33%)	17 (51,5%)	2 (6,1%)
		11 – Encaramos os problemas de frente e procuramos soluções de forma ativa e rápida	1 (3%)	1 (3,0 %)	4 (12,1%)	14 (42,4%)	13 (9,4%)
		13 – Mostramos que somos fortes	0 (0%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	20 (60,6%)	5 (15,2%)
		15- Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida	1 (3,0%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)	14 (42,4%)	2 (6,1%)
		22 – Acreditamos que podemos lidar com os nossos problemas	0 (0%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)	13 (39,4%)	4 (12,1%)
		24 – Definimos o problema familiar de uma forma mais positiva(...)	0 (0%)	8 (24,2%)	7 (21,2%)	18 (54,5%)	0 (0%)
AE		14 – Frequentamos a igreja e vamos à missa	15 (45,5%)	10 (30,3%)	3 (9,1%)	5 (15,2%)	0 (0%)
		23 - Participamos em atividades religiosas	21 (63,6%)	8 (24,2%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	0 (0%)
		27 – Procuramos o conselho de um padre	29 (87,9%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	0 (0%)	0 (0%)
		30 – Temos fé em Deus	1 (3,0%)	1 (3,0%)	2 (6,1%)	6 (18,2%)	23 (69,7%)
RV		8 – Recebemos ofertas e favores de vizinhos (comida, correio...)	25 (75,8%)	5 (15,2%)	1 (3,0%)	2 (6,1%)	0 (0%)
		10 – Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos deem assistência	19 (57,6%)	9 (27,3%)	2 (6,1%)	3 (9,1%)	0 (0%)
		29 – Partilhamos os problemas com os nossos vizinhos	16 (48,5%)	6 (18,2%)	8 (24,2%)	3 (9,1%)	0 (0%)
RI		1 – Compartilhamos as nossas dificuldades com os familiares	3 (9,1%)	6 (18,2%)	10 (30,3%)	5 (15,2%)	9 (27,3%)
		2 – Procuramos o encorajamento e o apoio de amigos	13 (39,4%)	7 (21,2%)	7 (21,2%)	6 (18,2%)	0 (0%)
		4 – Procuramos informações e conselhos de pessoas de outras famílias (...)	12 (36,4%)	5 (15,2%)	11 (33,3%)	5 (15,2%)	0 (0%)
		5 – Procuramos conselhos de parentes próximos (avós, etc.)	15 (45,5%)	6 (18,2%)	11 (33,3%)	1 (3,0%)	0 (0%)
		16 – Partilhamos as nossas preocupações com os amigos (...)	11 (33,3%)	5 (15,2%)	10 (30,3%)	7 (21,2%)	0 (0%)
		25 – Perguntamos aos nossos familiares o que sentem sobre os problemas com que nos defrontamos	6 (18,2)	6 (18,2%)	13 (39,4%)	8 (24,2%)	0 (0%)
AF		6 – Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa	13 (39,4)	4 (12,1)	12 (36,4)	4 (12,1%)	0 (0%)
		9 – Procuramos informações e conselhos junto do médico de família	1 (3,0%)	8 (24,2%)	12 (36,4%)	9 (27,3%)	3 (9,1%)
		21 – Procuramos conselho e ajuda profissional para resolver as dificuldades familiares	1 (3,0%)	3 (9,1%)	9 (27,3%)	17 (51,5%)	3 (9,1%)

5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Efetuada a análise descritiva, é apresentada a análise inferencial, que baseada nos dados recolhidos, permite tirar conclusões para um domínio mais vasto, de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Deste modo, analisámos a correlação da pontuação total do F-COPES e a pontuação de cada uma das suas dimensões com outras variáveis quantitativas em estudo, utilizando o teste de correlação de *Spearman*. Comparámos as pontuações desse inventário entre diferentes grupos resultantes da análise de variáveis dicotómicas, utilizando o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Pretendemos desta forma encontrar diferenças estatísticas, isto é, fundamento empírico que dê resposta a um dos nossos objetivos (analisar se as estratégias de *coping* são influenciadas pelas características sociodemográficas e clínicas do idoso, características sociodemográficas do cuidador informal e do contexto do cuidado).

Estratégias de *coping* e características do idoso

No sentido de analisar a correlação entre **as estratégias de *coping* e a idade do idoso dependente**, determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* entre a pontuação total do inventário F-COPES e a pontuação de cada uma das suas dimensões, e a idade do idoso. Verificou-se a existência de uma correlação positiva moderada entre a idade do idoso e a dimensão “Procura de apoio espiritual” ($r_s = 0,498$; $p = 0,003$), o que significa que cuidadores de idosos mais velhos tendem a procurar mais apoio espiritual (quadro 16).

Quadro 16 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a idade do idoso

Estratégias de <i>Coping</i>	Idade do Idoso	
	r_s	p
Reenquadramento	-0,191	0,286
Procura de Apoio Espiritual	0,498	0,003
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	-0,171	0,341
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	0,053	0,770
Mobilização de apoio formal	0,059	0,745
Aceitação Passiva	-0,079	0,664
Avaliação Passiva	0,340	0,053
COPES Total	0,097	0,593

Para averiguar a correlação entre **as estratégias de coping do cuidador informal** e o **nível de dependência do idoso**, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman*, verificando-se a existência de uma correlação negativa elevada entre a dimensão “Procura de apoio espiritual” e Barthel total ($r_s = - 0,557$; $p = 0,001$), o que indica que CI’s de idosos mais dependentes (Barthel mais baixo) tendem a ter uma pontuação mais elevada nesta dimensão do F-COPES. No que diz respeito à pontuação total do inventário F-COPES e Barthel total, verificou-se uma correlação negativa moderada ($r_s = - 0,496$; $p = 0,003$), que indica que CI’s de idosos mais dependentes (Barthel mais baixo) tendem a ter uma pontuação mais elevada no inventário F-COPES (Quadro 17).

Quadro 17 - Correlação entre o Inventário F- Copes e o nível de dependência (Índice de Barthel)

Estratégias de Coping	Barthel Total	
	r_s	p
Reenquadramento	-,325	,065
Procura de Apoio Espiritual	-,557	,001
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	,088	,625
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	-,288	,104
Mobilização de apoio formal	-,178	,322
Aceitação Passiva	-,149	,408
Avaliação Passiva	,224	,210
COPES Total	-,496	,003

Estratégias de coping e características sociodemográficas do cuidador informal

Submetemos a variável género dos cuidadores informais e área de residência a um teste de *t* de *Student* para amostras independentes (quadro 18).

Em relação ao **sexo do cuidador informal**, obteve-se um valor médio da pontuação F-COPES de 81,6 no sexo masculino e 79,4 no sexo feminino, diferenças sem significado estatístico ($p = 0,518$). No que diz respeito à **área de residência dos cuidadores informais** constatou-se que, em média, os CI’s residentes no meio rural apresentam uma pontuação F-COPES inferior aos residentes em meio urbano, ainda que essas diferenças não sejam estatisticamente significativas (78,7 e 81,2 pontos respetivamente, com $p = 0,389$).

Quadro 18 - Comparação da Inventário F-COPES em função do sexo e da área de residência do CI

F- COPES total	\bar{x}	s	p
Sexo do cuidador			
Masculino	81,6	9,5	0,518
Feminino	79,4	7,8	
Área de residência			
Rural	78,7	6,6	0,389
Urbano	81,2	9,4	

Após utilização do coeficiente de correlação de *Spearman*, no sentido de verificar a correlação entre **as estratégias de coping e a idade dos cuidadores informais**, verificamos a existência de uma correlação negativa moderada entre esta variável e a pontuação total do inventário F-COPES ($r_s = -0,352$; $p = 0,045$), o que significa que CI's mais novos tendem a ter uma pontuação mais elevada no inventário F-COPES (quadro19).

Quadro 19 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a idade do CI

Estratégias de Coping	Idade do Cuidador Informal	
	r_s	p
Reenquadramento	-,241	,177
Procura de Apoio Espiritual	,015	,935
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhaça	-,072	,5
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	-,211	,238
Mobilização de apoio formal	,020	,911
Aceitação Passiva	,042	,817
Avaliação Passiva	,083	,647
COPES Total	-,352	,045

Relativamente à posição social, verificamos a existência de correlação negativa moderada entre a pontuação Graffar e a pontuação total F-COPES ($r_s = -0,407$; $p = 0,019$), o que significa que uma pontuação Graffar mais baixa tende a uma pontuação mais elevada no inventário F-COPES, ou seja CI's de uma posição social mais elevada tendem a desenvolver mais estratégias de *coping* (quadro 20).

Quadro 20 - Correlação entre o Inventário F-COPES e a posição social (Escala Graffar)

Estratégias de <i>Coping</i>	Graffar pontuação	
	r_s	p
Reenquadramento	,231	,195
Procura de Apoio Espiritual	-,269	,130
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	,029	,9
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	-,258	,147
Mobilização de apoio formal	-,094	,605
Aceitação Passiva	-,313	,076
Avaliação Passiva	-,011	,953
COPES Total	-,407	,019

Estratégias de *coping* e características contextuais do cuidado

Para apurar a correlação entre as **estratégias de *coping* e o tempo de prestação de cuidados, em anos**, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* e respetivo teste de significância não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação total COPES e tempo de prestação de cuidados (quadro 21).

Quadro 21 - Correlação entre o Inventário F-COPES e o tempo de cuidado (em anos) do idoso

Estratégias de <i>Coping</i>	Tempo de prestação de cuidados, em anos	
	r_s	p
Reenquadramento	,159	,375
Procura de Apoio Espiritual	,323	,067
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	,094	,603
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	-,085	,637
Mobilização de apoio formal	-,136	,450
Aceitação Passiva	,070	,700
Avaliação Passiva	-,112	,534
COPES Total	,127	,481

Através do quadro 22 pode observar-se que através do coeficiente de correlação de *Spearman* e respetivo teste de significância, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre **as estratégias de *coping* e o número de horas de cuidado**.

Quadro 22 - Correlação entre o Inventário F-COPES e o tempo de cuidado (em horas) do idoso

Estratégias de <i>Coping</i>	Número de horas de cuidados	
	r_s	p
Reenquadramento	-,197	,273
Procura de Apoio Espiritual	,104	,564
Aquisição de Apoio Social – Relações de Vizinhança	,019	,918
Aquisição de Apoio Social – Relações Íntimas	,061	,735
Mobilização de apoio formal	-,155	,391
Aceitação Passiva	-,095	,599
Avaliação Passiva	-,071	,695
COPES Total	-,017	,923

Através da utilização do teste t de *Student* para amostras independentes, procurou-se comparar as **estratégias de coping em função da experiência do cuidado de alguém dependente, no passado** (quadro 23). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na pontuação do inventário F-COPES entre quem cuidou no passado de alguém dependente e quem não cuidou (médias de 82,1 e 79,1 respetivamente, com $p=0,363$).

Procurou-se ainda comparar as **estratégias de coping em função da coabitação dos cuidadores informais com o idoso dependente**, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas na pontuação total F-COPES entre quem coabita e quem não coabita com o idoso dependente (médias de 79,9 e 81,2 respetivamente, com $p=0,937$).

Quadro 23 - Comparação do Inventário F-COPES em função da experiência do cuidado de uma pessoa dependente no passado e da coabitação

F- COPES total	\bar{x}	s	p
Cuidado no passado			
Sim	82,1	8,5	0,363
Não	79,1	8,0	
Coabitação			
Sim	79,9	8,3	0,937
Não	81,2	9,4	

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Efetuada a análise e apresentação dos resultados, segue-se a discussão dos mesmos, onde será feita uma apreciação, procurando realçar os aspetos mais significativos, tendo em conta as variáveis estudadas e o enquadramento teórico no qual nos baseamos. Atendendo aos objetivos do estudo inicialmente propostos, procederemos à discussão dos resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Caracterização do perfil sociodemográfico e clínico do idoso dependente

Verificou-se neste estudo uma predominância de idosos do sexo masculino (60,6%). Estes dados diferem dos apresentados pelos últimos Censos (INE, 2012), segundo os quais, na população portuguesa existem 21,17% de mulheres e 16,69% de homens. As idades variam entre um mínimo de 66 anos e um máximo de 98 anos, com média de idade de 80,4 anos e o grupo etário predominante situa-se entre os 78 e 90 anos, incluindo-se, assim os idosos da nossa amostra no grupo de *idosos velhos* e *idosos mais velhos* (Schneider e Irigary, 2008). Estes resultados são semelhantes aos apresentados noutros estudos (Araújo e Santos, 2012; Gonçalves et al., 2013; Martins et al., 2014; Ribeiro e Pinto, 2014) e vão também ao encontro do elevado índice de envelhecimento da região em estudo (161) superior ao verificado a nível nacional (128) (INE, 2012).

No que respeita às patologias que estes apresentam, as mais prevalentes foram as doenças e perturbações do sistema nervoso (AVC e a Demência), seguidas das perturbações do aparelho circulatório (HTA, arritmia e a amputação dos membros inferiores por perturbações circulatórias), perturbações endócrinas nutricionais e metabólicas (Diabetes) e do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (doenças osteoarticulares). As doenças do aparelho circulatório e do sistema nervoso, foram também as mais prevalentes no estudo de Araújo, Paúl e Martins (2011). Também num estudo de Costa et al. (2013), o AVC, demências e problemas osteoarticulares foram os mais mencionados. Estes dados estão em concordância com os dados da DGS (2006), segundo os quais a demência e o AVC, aumentam de prevalência com a idade, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, no caso da demência e de 3% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos, no caso do AVC. De referir ainda que os homens são mais suscetíveis de sofrer de doenças crónicas como as doenças cardíacas ou os AVC's e as mulheres, Diabetes HTA, osteoporose, incontinência e artrite (Figueiredo, 2007). De acordo com o Perfil Local de Saúde do ACeS da região estudada, na morbilidade ao nível dos CSP, destacam-se os problemas: HTA, alterações do metabolismo dos lípidos e diabetes, especialmente entre as mulheres, assumindo também as perturbações depressivas e a osteoporose proporções visivelmente superiores neste género (ARSC, 2017).

Na avaliação do grau de dependência, através do Índice de Barthel, observamos que a maioria dos idosos são totalmente dependentes (81,8%). Estes resultados estão de acordo com os dados apresentados por entidades para fins estatísticos (INE, 2017a; PORDATA, 2017b) e foram também obtidos por estudos nacionais que versam o idoso dependente (Araújo e Santos, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Costa et al., 2013; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Viana et al., 2013; Pereira, 2014). O grau de dependência, por ordem decrescente, é maior para o banho, subir e descer escadas, uso da casa de banho, cuidado pessoal, vestir, transferir-se entre superfícies, deambular, controlo vesical e intestinal e alimentação.

Caracterização do perfil sociodemográfico do cuidador informal

Neste estudo obtivemos uma amostra de 33 CI's, sendo a maioria do sexo feminino (75,8%) corroborando com a evidência científica disponível, que destaca a prestação de cuidados como uma tarefa tendencialmente feminina (Abreu et al., 2012; Figueiredo et al., 2012; Martins e Monteiro, 2012; Abreu et al., 2013; Brito et al., 2013; Castro et al., 2013; Costa et al., 2013; Cunha et al., 2013; Duarte et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Ribeiro et al., 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Sequeira, 2013; Torres et al., 2013; Anjos, Boery e Pereira, 2014; Areosa et al., 2014; Dahdah e Carvalho, 2014; Martins et al., 2014; Gonçalves et al., 2015 e Pérez-Cruz et al., 2016). A figura feminina surge com maior representatividade por ter uma esperança de vida mais longa e por questões socioculturais (INE, 2012; Araújo e Martins, 2016). Apesar do papel social da mulher se ter vindo a alterar progressivamente nas últimas décadas, continua a ser a principal responsável pelos cuidados familiares, prevalecendo a lógica que cuidar é um domínio feminino (Lage, 2005). As mulheres prestam mais cuidados pessoais e relacionados com as tarefas domésticas, enquanto que aos homens são atribuídas funções relacionadas com os transportes e gestão financeira (Sequeira, 2010).

Os participantes neste estudo tinham idades compreendidas entre 42 e 86 anos, com uma média de idade de 66,1 anos, muito próxima à do estudo de Rocha e Pacheco (2013) onde se verificou uma média de idade de 64,29 anos. O grupo etário mais representado no presente estudo, situou-se entre os 70 e os 79 anos (36,4%), seguido do grupo etário dos 60 aos 69 anos (27,3), valores próximos do estudo de Gonçalves et al. (2013), onde a maior parte se situou no grupo etário dos 71 aos 80, mas não condizentes com outros estudos, tais como os de Cartaxo et al. (2012) e Castro et al., (2013), em que os CI's se situaram maioritariamente entre os 60 e os 70 anos, de Cunha et al., (2013) em que o grupo etário predominante foi o dos 45-60 anos (36,6%), e a do estudo de Areosa et al., (2014), onde a maior parte pertencia, em igual número, ao grupo etário dos 43 a 56 anos e dos 65 aos 75 anos (42%). O grupo etário mais representativo no estudo (70-79) revela-se preocupante, mostrando um número significativo de idosos que desempenham

a função de CI's, o que vai ao encontro do aparecimento de uma nova realidade em Portugal, os idosos dependentes estão a ser cuidados por outros idosos (INE, 2012). As alterações na estrutura e dinâmica familiar, o papel da mulher no mundo do trabalho e as políticas sociais desajustadas à transição demográfica e epidemiológica, levam a que cada vez mais idosos surjam como CI's (Araújo e Martins, 2016).

Relativamente ao estado civil, predominam os casados ou a viver em união de facto (81,8%), resultados corroborados por outros estudos (Abreu et al., 2012; Figueiredo et al., 2012; Martins e Monteiro, 2012; Abreu et al., 2013; Castro et al., 2013; Costa et al., 2013; Cunha et al., 2013; Duarte et al., 2013; Francisco, Dias, Alves e Sousa, 2013; Ribeiro et al., 2013; Sequeira, 2013; Torres et al., 2013; Anjos et al., 2014; Martins et al., 2014). Os resultados do presente estudo estão em consonância com os dados apresentados pelo INE (2012), segundo os quais, cerca de 50% da população da região Centro é casada, 37% solteira, 8% viúva e 5% divorciada.

Analisando o grupo etário predominante no estudo, facilmente se percebe, que relativamente à situação laboral, os CI's, à semelhança do que acontece noutras investigações (Castro et al., 2013; Costa et al., 2013) estejam maioritariamente reformados (63,6%), seguindo-se os desempregados (24,2%), indo ao encontro da literatura existente neste âmbito, a qual sustenta que o facto dos CI's não desempenharem atividade profissional, permite maior disponibilidade para cuidar dos membros da família dependentes.

Os CI's provêm na sua maioria do meio urbano (51,5%) e pertencem à classe média baixa (60,6%), que corresponde à classe IV, segundo a escala de Graffar. De salientar que nenhum participante pertence à classe alta (I), o que se mostra preocupante, uma vez que cuidar de um doente dependente, no domicílio, acarreta um acréscimo de despesas, muitas vezes inportáveis, bem como a necessidade de alterar as condições habitacionais, para melhorar o conforto de ambos.

Tendo em conta os dados obtidos na escala de Graffar, no que respeita à profissão, encontramos CI's maioritariamente (81,8%) pertencentes ao grau 5 (assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e outras profissões não classificadas noutros grupos), com escolaridade entre 4 e 9 anos (45,4%) e com rendimentos inferiores ou iguais ao salário mínimo nacional, pensionistas ou reformados e vencimentos incertos (78,8%). Verificou-se que 39,4% reside em casas com bom estado de conservação (grau 3) e 48,5% em zonas intermédias (grau 3). No que respeita aos rendimentos, estes podem estar relacionados com o facto de nos encontramos numa região interior do país, onde são escassas as oportunidades de trabalho, com remunerações igualmente baixas, assim como as reformas dos idosos (que constituem a maioria da amostra). Outros estudos apontam também para baixos rendimentos (Castro et al., 2013 e Martins et al., 2014) e baixos níveis de escolaridade (Abreu et al., 2013; Almeida et al., 2013a; Castro et al.,

2013; Costa et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Sequeira, 2013; Torres et al., 2013; Dahdah e Carvalho, 2014; Martins et al., 2014), que expressam a realidade do país, tendo em conta a faixa etária dos cuidadores informais.

Caracterização do contexto da prestação de cuidados

A prestação de cuidados informais foi efetuada maioritariamente por cônjuges da pessoa dependente (60,6%), seguindo-se os descendentes (27,3%), destacando as filhas (21,2%) em relação aos descendentes do sexo masculino (6,1%) e outros familiares (12%). Esta evidência vai ao encontro de alguns estudos (Cunha et al., 2013; Gonçalves et al., 2013; Sequeira, 2013), bem como da literatura consultada, segundo a qual o cuidado informal recai sobre os familiares mais próximos, uma vez que “a função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente [sic] sua” (Lage, 2005:203). Acresce ainda, que tendo em conta as dificuldades do sistema de saúde e proteção social em dar respostas às necessidades de cuidados da população, tem sido atribuída às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus membros em situação de doença e/ou dependência (Regadas e Marques, 2012). Também os nossos resultados obedecem ao Modelo Hierárquico Compensatório que defende uma ordem de preferência na assunção do papel (cônjuge-filhos-outros familiares) também referido na literatura (Martín, 2005; Pereira, 2013).

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos CI's familiares reside com o idoso dependente (90,9%), resultados semelhantes a outras investigações (Figueiredo et al., 2012; Brito et al., 2013; Duarte et al., 2013; Dahdah e Carvalho, 2014; Martins et al., 2014; Pérez-Cruz et al., 2016), confirmando a perspetiva de alguns autores, segundo os quais a coabitação é um fator importante na assunção do papel de CI, que o coloca numa posição privilegiada para o desempenho do papel (Lage, 2007; Sequeira, 2010; Ribeiro et al., 2013). A coabitação é também frequentemente relatada como necessária para a prestação de cuidados de carácter instrumental (Lage, 2005) o que coincide com a realidade estudada, uma vez que os idosos da amostra, na sua grande maioria são totalmente dependentes, logo carecem de muitos cuidados instrumentais. Os que não coabitam (9,1%), encontram-se a uma curta distância (máximo 9 km) da habitação do idoso com necessidade de cuidados informais.

O desempenho do papel de CI's decorreu entre 2 meses a 20 anos, com um tempo médio de 5,5 anos, destacando-se 36,4 %, que prestam cuidados entre 4 a 8 anos. Contudo, outros autores apontaram intervalos de tempo ligeiramente diferentes, que variam entre 0 e 3 anos (Abreu et al., 2013), entre 1 a 3 anos (Martins et al., 2014), acima de 3 anos (Dahdah e Carvalho, 2014) e superior a 6 anos (Anjos et al., 2014).

No que respeita ao tempo despendido nos cuidados, os CI's gastam em média, diariamente, 10,3 horas, num mínimo de 4 e num máximo de 24 horas/dia, salientando que quando se referem às 24 horas, significa estarem disponíveis durante esse período. A maioria despende entre 6 a 10 horas, seguindo-se os que gastam mais de 10 horas. Alguns autores referem tempos ligeiramente superiores, nomeadamente mais de 10 horas (Martins et al., 2014), de 18 a 24 horas (Dahdah e Carvalho, 2014) e mais de 18 horas por dia (Anjos et al., 2014).

Os principais cuidados ao idoso dependente incluem medicação e companhia, higiene pessoal, vestir e despir, locomoção, higiene da habitação, alimentação e acompanhamento a consultas. O CI ao assumir a responsabilidade pelos cuidados à pessoa com algum tipo de dependência física, terá de prestar, entre outros, apoio instrumental, realizando as atividades que o mesmo não consegue concretizar (Marques, 2007; Sequeira, 2010).

A maioria dos CI's refere não ter cuidado de alguém dependente no passado (72,2%). Os que cuidaram (27,3%) fizeram-no, em média 2,52 anos, essencialmente num período de 2 a 3 anos.

O presente estudo visou também analisar o apoio recebido pelos CI's, sendo que a maioria recebe ajuda (54,5%), proveniente, essencialmente, de familiares (48,6%) onde se destacam as filhas, seguindo-se o apoio domiciliário (12,1%) e por fim, o recurso a cuidadores remunerados (6,1%). Estes resultados vão ao encontro da literatura, segundo a qual as principais fontes de ajuda provêm de familiares próximos, reforçando a importância do suporte familiar em situação de dependência (Sousa et al., 2006; Sequeira, 2010). Também num estudo de Anjos et al. (2014) a maioria obteve ajuda para cuidar (60,3%) e no estudo de Castro et al. (2013), as filhas foram as que mais prestaram esse apoio. Num estudo de Martins e Monteiro (2012), os CI's evidenciaram que a partilha do cuidar com outros elementos da família foi considerada por estes, uma ajuda essencial, proporcionando maior bem-estar para quem cuida. O apoio por parte de outros, pode reduzir a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de stresse.

Os CI's referem ainda, na sua maioria (81,8%), necessidade de apoios, considerando necessitar de visitação domiciliária de enfermagem (66,7%), visitação domiciliária médica (45,5%), instituições de apoio social (21, 2%), apoio familiar (15,2%) e monetário (3%). Cuidar de um idoso dependente constitui um processo complexo, ficando o CI exposto à sobrecarga (física, psicológica e socioeconómica) associada ao desempenho do seu papel, sendo que, quando se sentem apoiados, conseguem responder às atividades exigidas no momento e às que já desempenhavam anteriormente, com menos impacto negativo no seu dia-a-dia (Peixoto e Machado, 2016).

Ao assumirem o papel de CI's, a maioria (87,9%) mostrou necessidade de alterar os passatempos, seguidos das relações familiares e com amigos, atividades profissionais e outros

(mudar de país para cuidar do seu familiar idoso), resultados validados pela literatura, segundo a qual, o desempenho do papel de CI interfere com aspetos da vida pessoal, familiar, laboral e social (Marques, 2007). Num estudo de Torres et al. (2013) a maioria sofreu limitações na sua vida profissional/ocupacional, o que não se verificou no estudo de Costa et al. (2013) em que a maioria não alterou a sua vida profissional anterior.

No que se refere aos passatempos, as atividades agrícolas, desportivas e ir às compras (15,2%), passear com a família (6,1%) e participar em atividades religiosas (3%) foram os passatempos mais afetados pela assunção do papel dos CI's do presente estudo.

Identificação das estratégias de *coping* do cuidador informal do idoso dependente

Tendo em conta os resultados obtidos através da aplicação do inventário F-COPES para avaliação da resposta familiar a momentos de crise na família, constatámos que os CI's em análise recorrem a estratégias de *coping*, uma vez que a média obtida para a escala total se encontra entre os intervalos de valores, calculados por Cunha e Relvas (2016) e apontados como valores de referência na interpretação da escala, mais próxima do limite inferior. Também os valores obtidos para as cinco subescalas se encontram nos intervalos calculados para as mesmas, destacando-se o “Reenquadramento” (25,9) e a “Mobilização de apoio formal” (8,54), cujos valores médios ultrapassam os valores de referência (25,46 e 8,08, respetivamente).

Assim, pode dizer-se que os CI's do estudo, dispõem de capacidade de resposta a momentos de stresse familiar, revelando capacidade para utilizar estratégias internas e externas.

O recurso a estas estratégias certamente conduzirá a uma melhor adaptação ao papel de CI's e a uma melhoria da sua qualidade de vida, uma vez que as estratégias de *coping* representam um mediador crítico na relação com o stresse, objetivando a resolução da situação e/ou o controlo das emoções dela resultantes (Martins, 2006). Os resultados de um estudo conduzido por Pinto e Barham (2014a), são consistentes com o facto de CI's que utilizam estratégias de enfrentamento de stresse com maior frequência, têm menos conflitos com a pessoa idosa de quem cuidam e a perceção de menor nível de sobrecarga em alguns fatores. Também um estudo de Pérez-Cruz et al., (2016), apoia a hipótese de que o enfrentamento disfuncional pode aumentar a carga subjetiva. De salientar ainda, que pessoas que diversificam os comportamentos de *coping* experienciam menos sofrimento (Lagarelhos, 2012).

No que respeita à estratégia “Reenquadramento”, obteve-se um nível moderado de concordância quanto à redefinição do problema através de uma atitude positiva (54,5%), de aceitação dos acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida (42,4%), ao facto de apresentarem recursos próprios para resolver os seus problemas (51,5%) e de os encararem de

frente, procurando soluções de forma ativa e rápida (42, 4%) ou de mostrarem que são fortes (60,6%).

Relativamente ao fator “Mobilização de apoio formal” verifica-se moderado nível de concordância na procura de conselho e ajuda profissional (51,5%) e informação e conselho junto do médico de família (27,3%). Por outro lado, verifica-se alto nível de discordância na procura de auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a deles (39,4%). Salienta-se o recurso às instituições de saúde como forma de obter conselhos e ajuda, o que poderá estar relacionado com necessidades de informação sobre os cuidados a prestar e ajuda para desenvolver essa função. Atendendo a que a maioria dos idosos da amostra são totalmente dependentes, requerendo cuidados mais complexos, compreende-se que a família tenha recorrido ao aconselhamento profissional, neste caso na UCSP e serem encaminhados para o serviço da ECCI⁷ do qual usufruem. Esta tipologia de cuidados da RNCCI representa o modelo privilegiado de acompanhamento de pessoas dependentes e familiar CI, em contexto domiciliário (Petronilho, 2016). Por outro lado, recorrem pouco a outras instituições de apoio, pois muitos deles, por vezes, desconhecem as respostas formais existentes (Figueiredo, 2007).

No que respeita à “Aquisição de apoio social – relações íntimas”, verificou-se alto nível de concordância na partilha das dificuldades com familiares (27%). Contudo, verificou-se baixo nível de concordância quanto à procura de conselhos junto de parentes próximos (45,5%), procura de informações e conselhos junto de outras famílias que passaram por problemas semelhantes (36,4%) e procura de encorajamento e apoio de amigos (39,4%). Apesar da família ser o primeiro recurso onde nos desenvolvemos e amparamos, as alterações demográficas a que assistimos, as transformações que se têm verificado na organização e estrutura familiar, o afastamento geográfico das diferentes gerações e a crescente inclusão da mulher no mercado de trabalho, podem constituir fatores que vêm complicar as redes de solidariedade familiar (Figueiredo, 2007), impossibilitando, desta forma, a reaproximação e interajuda dos vários elementos e que poderá explicar este resultado.

Os CI's indicam também o recurso à “Procura de apoio espiritual”, verificando-se, contudo, baixo nível de concordância nos itens relacionados com a prática religiosa (87, 9% não procuram o conselho de um Padre e 63,6% não participam em atividades religiosas). Por outro

⁷A ECCI assegura: a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; b) Cuidados de fisioterapia; c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) Apoio na satisfação das necessidades básicas; f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Decreto-Lei 101/2006, artigo 28°).

lado, verifica-se alto nível de concordância para o item relacionado com a fé em Deus (69, 7% dos CI's tem fé em Deus). A componente religiosa foi realçada por Sequeira (2007), segundo o qual, as pessoas que recorrem à religião apresentam uma melhor percepção sobre o cuidar, uma melhor relação com o idoso e níveis mais baixos de depressão, pelo que se verifica uma estratégia importante de *coping*.

Finalmente, a “Aquisição de apoio social – relações de vizinhança”, ainda que considerada pelos CI's, obteve uma média baixa (5,00), cujo valor se encontra mais próximo do limite inferior dos valores de referência adotados, refletindo a menor capacidade dos CI's para ativar recursos provenientes dos vizinhos, verificando-se alto nível de discordância no que respeita a aceitar ofertas e favores de vizinhos (75,8%), pedir favores ou assistência (57,6%) ou partilhar problemas com os vizinhos (48,5%). Este resultado pode estar relacionado com o facto da nossa amostra pertencer maioritariamente ao meio urbano, onde geralmente não se verificam relações de solidariedade e vizinhança tão fortes como no meio rural. Também no estudo de Rocha e Pacheco (2013) as estratégias a que os cuidadores menos recorreram foi às "estratégias centradas na partilha do problema".

Pode constatar-se, portanto, que a amostra em estudo recorreu a estratégias centradas no problema, resultados semelhantes a outros estudos (Rocha e Pacheco, 2013; Dahdah e Carvalho, 2014), ou seja, os CI's optam por estratégias que os aproximam do problema, adotando comportamentos que visam o manuseio ou modificação do mesmo, na tentativa de controlar ou lidar com o stress provocado pelas situações inerentes ao cuidado.

Fatores que influenciam as estratégias de *coping* do cuidador informal

Através da estatística inferencial, verificou-se que CI's de idosos mais velhos tendem a procurar mais apoio espiritual ($p = 0,003$). Este resultado remete-nos para o facto de idosos mais velhos serem cuidados igualmente por idosos, justificado pelo grupo etário predominante na nossa amostra (70-79) e de que a busca da espiritualidade com o avançar da idade constitui uma importante fonte de suporte emocional, que parece influenciar positivamente o seu bem-estar, especialmente nas formas de lidar com o stress (Cartaxo et al., 2012). Também estes CI's, na sua maioria reformados, terão maior disponibilidade para a prática religiosa.

Obteve-se que CI's de idosos mais dependentes tendem a utilizar mais estratégias de *coping* ($p = 0,003$) e que CI's de idosos mais dependentes tendem a ter uma pontuação mais elevada na dimensão “Procura de apoio espiritual” ($p = 0,001$), ou seja, revelam boa capacidade para utilizar esta estratégia. Pensamos que este resultado pode estar relacionado com o excesso de atividades a desenvolver pois quanto mais dependente for o idoso, maior é a necessidade de cuidados e, conseqüentemente, a sobrecarga do cuidador (Marques, 2007; Lemos e Medeiros,

2011; Maia e Dal Pozzo, 2013). Necessitam, portanto, de recorrer a mais estratégias para se adaptarem à situação e minimizarem essa sobrecarga.

De referir também, que apesar dos cuidadores evidenciarem baixo nível de concordância nos itens relacionados com a prática religiosa, verifica-se alto nível de concordância para o item relacionado com a fé em Deus, ou seja, fazem-se valer de uma força maior, procuram um suporte espiritual para continuarem na rotina de cuidados. Num estudo de Sequeira (2010) e Cartaxo et al. (2012) a religiosidade foi também apontada como uma estratégia de *coping* perante o cuidado de idosos dependentes.

Verificou-se que CI's mais novos tendem a recorrer a mais estratégias de *coping* ($p = 0,045$). Este resultado pode justificar-se pelo facto das pessoas mais jovens terem melhores aptidões para a utilização das novas tecnologias e para obtenção mais fácil de informação e recursos. Pode estar ainda associado ao desempenho de outros papéis socioprofissionais e familiares e, como tal, à necessidade de recorrerem a um maior número de estratégias de *coping* que os ajudem a desempenhar os vários papéis.

Obteve-se também que CI's de uma posição social mais elevada tendem a recorrer a mais estratégias de *coping* ($p = 0,019$). Esta ideia é validada pela literatura, uma vez que alguns autores defendem que a escolha das estratégias de *coping* está determinada, em parte por recursos internos e externos, nos quais se incluem os recursos socioeconómicos e educacionais (Antoniazzi et al., 1998; Sequeira, 2007; Guido et al., 2011). Cuidadores informais que disponham uma posição social mais elevada tenderão a apresentar melhores recursos (financeiros, habilitações literárias, condições habitacionais) e consequentemente a recorrer a um maior número de estratégias de *coping*, baseadas nos dois níveis de interação para minimizar ou resolver o impacto das exigências do cuidado.

CONCLUSÕES

O envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas, ao qual se associam índices de dependência acrescidos que irão acarretar uma exigência de cuidados complexos, a longo prazo. As alterações das políticas sociais apelam à permanência de idosos e dependentes nos seus domicílios, assumindo a família a responsabilidade pelo cuidado, o que irá interferir com a dinâmica e funcionamento familiares e responsabilidades sociais. A assunção deste novo papel é percebida como uma fonte de stresse, uma vez que, para além dos seus habituais papéis, o cuidador informal vê-se confrontado com o desempenho de prestador de cuidados e a resposta da família estará muito dependente da capacidade de mobilizar os seus recursos internos e externos, por forma a minimizar as consequências inerentes à prestação de cuidados.

No sentido de obtermos uma resposta à nossa questão de partida, desenvolvemos um estudo, cujos resultados sintetizamos.

Identificamos algumas características do idoso, tendo constatado que 20 (60,6%) são do sexo masculino e 13 (39,4%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 66 e 98 anos e com uma média de idades de 80,45 anos. A totalidade apresenta doenças crónicas, sendo as mais referidas as doenças e perturbações do sistema nervoso (81,8%), onde se destaca o AVC e a Demência. Ao avaliarmos o nível de dependência do idoso através do Índice de Barthel, identificamos que 27 (81,8%) apresentam dependência total, 4 (12,1%) dependência grave e 2 (6,1%) dos idosos apresentam dependência moderada. O grau de dependência é maior para o banho, subir e descer escadas e usar a casa de banho.

Os cuidadores informais de idosos dependentes, são na sua maioria do sexo feminino (75,8%), posicionam-se no grupo etário entre os 42 e 86 anos, com uma média de idades de 66,1 anos e casados ou a viver em união de facto (81,8%). A maior parte reside no meio urbano (51,5%) e de acordo com a aplicação da Escala Graffar, 60,6% pertencem à classe média baixa (IV), 21,2% à classe média (III), 12,1% à classe baixa (V) e 6,1% à classe média alta (II).

Relativamente ao contexto de cuidados, 90,9% coabitam com o idoso dependente e prevalecem os cônjuges como cuidadores informais (60,6%), com destaque para as esposas (42,4%). Desempenham as funções de cuidador informal, em 36,4% dos casos, entre os 4 e os 8 anos e despendem, na sua maioria (54,5%), entre 6 a 10 horas de cuidados por dia, sendo os mais referidos, medicação e companhia (97%), higiene pessoal (90,9%), vestir e despir (87,9%), locomoção (84,8%), higiene da habitação (81,8%) e alimentação (45,5%). Constatamos também que 24 (72,7%) cuidadores informais nunca tinham cuidado, no passado, de outro idoso dependente.

No que diz respeito a apoios da rede social, 54,5% referem recebê-lo, contando essencialmente com o apoio de familiares (48,6%), nomeadamente das filhas (30,3%). Referem ainda, na sua maioria (81,8%) a necessidade de mais apoios, destacando-se a visitação domiciliária de enfermagem (66,7%). Constatamos ainda que 29 (87,9%) cuidadores informais tiveram necessidade de alterar atividades e interesses ao assumir esse papel, dos quais salientam os passatempos (84,3%) tais como as atividades agrícolas, desportivas, ir às compras (15,5%), passear com a família (6,1%) e participar em atividades religiosas (3%).

Pela análise dos resultados da aplicação do Inventário F-COPES, verificou-se que os valores obtidos para a escala total e para as cinco subescalas, se situaram entre os valores de referência calculados para este instrumento, pelo que podemos referir que os cuidadores recorreram de forma global às estratégias de *coping*, internas e externas, para lidarem com a situação, destacando-se o fator “Reenquadramento” e “Mobilização de Apoio Formal”.

No que diz respeito à influência das variáveis em estudo sobre as estratégias de *coping*, obtiveram-se os seguintes resultados:

- Cuidadores informais de idosos mais velhos e mais dependentes recorrem mais à estratégia “Procura de apoio espiritual”;
- Cuidadores informais de idosos mais dependentes tendem a utilizar um maior número de estratégias de *coping*;
- cuidadores informais mais novos tendem a utilizar um maior número de estratégias de *coping*;
- cuidadores informais que ocupam uma posição social mais elevada tendem a utilizar um maior número de estratégias de *coping*;

Implicações práticas

Intervenções de enfermagem centradas na família, tendo por base uma perspetiva que potencia as estratégias de *coping* e desenvolve competências para o cuidar, resultarão, sem duvida, em ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida de cuidadores informais e recetores de cuidados.

Salienta-se, deste modo, o importante papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que conhecedor da sua comunidade, deve nas visitas domiciliárias, efetuar um diagnóstico das principais dificuldades e necessidades da família. Deve assim, avaliar a forma como se organizam, identificar a capacidade para o desempenho do papel e o nível de conhecimentos, bem como a sobrecarga, satisfação e estratégias de *coping* utilizadas. Esta avaliação permitirá a definição e implementação de estratégias de intervenção individualizadas.

Estes devem, pois, intervir tão cedo quanto possível junto dos prestadores de cuidados, de modo a reduzir a tensão física e psicológica causada pela dependência, otimizar o exercício do seu papel e melhorar a qualidade de vida de cuidadores e recetores de cuidados, contribuindo deste modo para diminuir as institucionalizações e o recurso a (re)internamentos hospitalares.

Assim sendo, pretende-se apresentar os resultados deste estudo à equipa da ECCI, onde se desenvolveu o estudo, de modo a que possam implementar intervenções personalizadas, dirigidas às necessidades da família, tendo em conta os recursos disponíveis, que visem facilitar a transição para o papel de cuidador familiar, facultando o apoio emocional e instrumental necessário e potenciando as estratégias de *coping*, quer internas quer externas. Salienta-se a implementação de programas psicoeducacionais destinados a cuidadores informais, que incluam a componente educacional (como lidar com a dependência, recursos, entre outros), treino de habilidades (cuidados de higiene, posicionamentos) e apoio emocional, revelando-se importante a participação da equipa multidisciplinar e o estabelecimento de parcerias, para maior êxito dos programas a implementar.

A elaboração de um manual do cuidador informal, não existente nesta unidade de cuidados, pode tornar-se também uma mais valia. Sugere-se ainda, a parametrização do Inventário F-COPES, nos sistemas de informação em saúde.

Limitações do estudo

Uma das principais limitações do estudo, prende-se com a amostra, nomeadamente com o reduzido número de cuidadores informais e pelo seu carácter não probabilístico, não sendo deste modo representativa e, por conseguinte, não se poderão fazer inferências para população alvo.

Salienta-se ainda que, pelo facto da recolha de dados ter sido no domicílio dos cuidadores de idosos dependentes, pode esta visita, ter sido sentida como uma invasão da privacidade, acrescida da abordagem de um tema que sensibiliza o cuidador informal.

Outro aspeto a referir, foi o facto de não terem sido encontrados estudos recentes, publicados, relativos às estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes, com recurso ao instrumento utilizado no estudo, não havendo por isso referências relativamente a outros resultados. Por conseguinte, tivemos necessidade de comparar com estudos que utilizaram outros instrumentos de avaliação de estratégias de *coping*.

Sugestões de Investigação

Consideramos ser necessário realizarem-se mais investigações nesta área, visto que, como enfatizado ao longo do trabalho, tendo em conta as projeções demográficas apresentadas, os cuidadores informais, serão um importante recurso no cuidado a idosos dependentes, que muitas vezes não utilizam estratégias de *coping* para enfrentar a situação geradora de stresse, o que pode comprometer de certa forma o seu desempenho como cuidadores e a qualidade de vida de quem cuida e é cuidado. Deste modo, para dar continuidade ao presente estudo, sugere-se estudar a relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes ou ainda estudar a relação entre a perceção de sobrecarga e as estratégias de *coping*.

Sugere-se igualmente a realização deste estudo, com uma amostra de maiores dimensões (alargar a todas as ECCI da região Centro), de modo a ser representativa da população e assim se poderem generalizar os resultados obtidos.

O estudo das estratégias de *coping* de cuidadores informais de idosos dependentes contribui para a definição de estratégias de intervenção junto das famílias que têm a seu cargo um idoso dependente, facilitando a sua adaptação ao papel de cuidador, indo ao encontro do eixo estratégico do PNS (2012-2016) e do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados. É, pois, da competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, a implementação de projetos que promovam a capacitação dos cuidadores, a sua adaptação ao papel e permitam reduzir as consequências negativas decorrentes da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M.; Abreu, W.; Néri, D. e Torres, S. (2012). Cuidar do Cuidador: uma revisão sistemática de instrumentos que avaliam a qualidade do relacionamento familiar. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.266-272). Porto: ESEP.
- Abreu, M.; Leite, A. e Costa, N. (2012). Cuidar de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas Dependentes: concepção de um Programa de Intervenção. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.100-105). Porto: ESEP.
- Abreu, M.; Silva, A e Costa, N. (2013). Cuidar de cuidadores de pessoas idosas dependentes: conceção, implementação e avaliação de um programa psicoeducacional. In Souza, D. N.e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.413-418). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Administração Regional de Saúde do Centro (2015). *Plano Regional de Saúde do Centro 2015-2016*. Coimbra: Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.Acedido em janeiro, 10, 2017, em ARS Centro: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20Regional%20Saude%20ARS%20Centro%202015-2016.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Centro (2017). *Perfis de Saúde Região Centro. Perfil Local de Saúde 2017. ACeS Cova da Beira*. Acedido em janeiro 10, 2017, em ARS Centro: http://www.arscentro.min-saude.pt/microsites/psaude2017/PeLS2017_A24.htm
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares. Uma Visão Sistémica*. 3ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, A. L.; Oliveira, C.; Francisco, C.; Dias, L.; Alves A. P. e Sousa, S. (2013a). As necessidades (in) formativas percecionadas pelos cuidadores informais de familiares doentes em cuidados continuados e/ou Paliativos. In Souza, D. N.e Rua, M. S.(Cord.).

- Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança.* (pp.230-234). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Almeida, A. L.; Oliveira, C.; Francisco, C.; Dias, L.; Alves A. P. e Sousa, S. (2013b). O significado de ser cuidador: obrigação ou opção? In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança.* (pp.99-103). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Anjos, K. F; Boery, R. N. S. O. e Pereira, R. (2014). Qualidade de Vida de Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes no Domicílio. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 23(3): 600-608. Acedido em abril 10, 2017, em Scielo: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf
- Antoniazzi, A. S.; Dell Áglio, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. Acedido em junho 20, 2017, em Scielo:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X1998000200006escript=sci_abstractetlng=pt
- Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Araújo, I.; Paúl, C. e Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev Esc Enferm USP*, 45(4), 869-875. Acedido em abril 10, 2017, em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>
- Araújo, I. e Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), 95-102. Acedido em abril 10, 2017, em Scielo: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a09.pdf>
- Araújo, F. e Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores. Considerações e orientações para a prática. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. e Machado, P. P. (Cord.) *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador.* (pp. 113-129). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Araújo, I.; Jesus, R.; Araújo, N. e Ribeiro, O. (2017). Perceção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 97-103. Acedido em outubro 20, 2017, em Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300180>
- Areosa, S. V. C.; Henz, L. F.; Lawisch, D. e Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 482-494. Acedido em outubro 20, 2017, em Scielo:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201400020001
- Berger, L. e Mailloux- Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Braithwaite, V. (1992) Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging. Sage Journals*, 14(1), 3-27. Acedido em outubro 20, 2017, em Sage Journals: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027592141001>
- Brito, T. R. P.; Nunes, D. P.; Duarte, Y. A. O. e Lebrão, M. L. (2013). Diferenças de gênero entre cuidadores de idosos: evidências do Estudo SABE. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.) *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.93-98). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Campos, M. J. A.; Padilha, J. M. S. C. e Oliveira, M. F. S. (2012). A Família prestadora de cuidados. Uma revisão da Literatura. *Sinais Vitais*, 101, 27-32.
- Carneiro, R.; Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J. A. S. e Sacadura, M. J. (2012) *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em abril 10, 2017, em QREN: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

- Cartaxo, H. G. O.; Gaudêncio, M. M. P.; Santos, A. R. M.; Araújo, R. A. e Freitas, C. M. S. M.(2012). Vivência dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Revelando Estratégias para o Enfrentamento do Cotidiano. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 17(1), 59-74.
- Carvalho, D. e Silva, C. (2013). Ser cuidador em contexto domiciliário: a gestão do cuidado ao idoso. In Souza, D. N. e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.59-64). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Castro, D. S.; Frizzera, F. Z.;Rodrigues, R.; Leite, F.; Garcia, F. e Bringuento, M. E. (2012). Estratégias de Enfrentamento Adotadas pelos Familiares de Pessoas em Assistência Domiciliar. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.287). Porto: ESEP.
- Castro, L.; Vagos, P. e Souza, D. N. (2013). Perfil Sociodemográfico dos cuidadores informais do Distrito de Aveiro: Portugal. In Souza, D. N. e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.235-241). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Centro Nacional de Pensões (2017). *Guia Prático Complemento por Dependência*. Segurança Social. Instituto da Segurança Social, I.P. Acedido em outubro 20, 2017, em: http://www.segsocial.pt/documents/10152/24546/7013_complemento_dependencia/1333cd5e-09f0-4935-9ca4-eae7ace41161
- Cerrato, I. M. e Rojo, G. P.(2009). El cuidado informal de personas mayores en situación de dependência. In García, P. J. C. *Vejez, dependência y salud. Guía práctico de gerontologia* (pp. 99-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Coelho, M. C. P. (2012). *O Idoso Dependente no Domicílio: Perceção de Sobrecarga do Cuidador Informal num Concelho do Distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico da Guarda. Escola Superior de Saúde. Acedido em abril 8, 2017, em Repositório do Instituto Politécnico da Guarda:<http://hdl.handle.net/10314/1316>

- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP). Versão 1.0 Tradução oficial Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP). Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE. Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, L. A. G. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em março 30, 2017, em Repositório do Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1665>
- Costa, J.; Barroso, I.; Rainho, C e Monteiro, M. J. (2013). Avaliação das necessidades das famílias com pessoas dependentes de uma aldeia da região de Basto. In Souza, D. N.e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.326-330). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Cunha, M.; Pimenta, R. e Nascimento, A. (2013). Género e qualidade de vida do cuidador informal. In Souza, D. N.e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.130-135). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- Cunha, D. e Relvas, A: P. (2016). Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F- COPES). In Relvas, A. P. e Major, S. (Cord). *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*. Volume II (pp.19-35). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Dahdaha, D. F. e Carvalho, A. M. P. (2014). Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, 22 (3), 463-472. Acedido em junho 20, 2017, em UFSCar: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.067>

Diário da República (2006a). *Decreto-Lei n° 101/2006*, I Série A, 109 (06-06-06), 3856-3865.

Diário da República (2006b). *Portaria n° 567/2006*. Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, e aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de facturação dos episódios da urgência, I Série B, 113 (06-06-12), 4165-4274.

Diário da República (2011). *Regulamento n°128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, 2ª Série, 35 (11-02-18), 8667-8669.

Diário da República (2015). *Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n°348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, 2º Série, 118 (15-06-19), 16481-16486

Diário da República (2016). *Despacho n.º 3618-A/2016*, 2.ª série, 49 (16-03-10), 8660 (5) - 8660 (6).

Diniz, S. S. e Zanini, D. S. (2010). Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes. *Psico-USF*, 15(1), 71-80.

Direção-Geral de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa*. Acedido em abril 10, 2017, em DGS: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Direção-Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Acedido em abril 19, 2017, em DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde (2012-2016). 3.2 Eixo Estratégico – Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Acedido em janeiro 15, 2018, em DGS: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2015). *A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa.

Duarte, S. M. E. (2013). *O Contributo das Atividades Ocupacionais e de Lazer na Satisfação de Vida e Bem-Estar no Processo de Envelhecimento de Idosos Residentes na Área Urbana da Cidade da Covilhã*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Faculdade Ciências da Saúde. Acedido em setembro, 20, 2017, em uBibliorum. Repositório digital da UBI: <http://hdl.handle.net/10400.6/3140>

Duarte, Y. A. O.; Costa, P. R.; Nunes, D. P. e Lebrão, M. L. (2013). Quem são, como se sentem e com que suporte contam os cuidadores de idosos dependentes no Brasil: evidências do Estudo SABE. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.70-75). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

European Observatory on Health Systems and Policies (2012). *Home Care across Europe. Current structure and future challenges..* Acedido em junho 4, 2017, em EOHSP: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf?ua=1

EUROSTAT (2016). *Eurostat. Statistics Explained. Estrutura populacional e envelhecimento demográfico*. Acedido em outubro 20, 2017, em União Europeia: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/pt#Estrutura_populacional_e_envelhecimento_demogr.C3.A1fico

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Acedido em janeiro, 8, 2018, em:ERS:https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS__Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf

Family Caregiver Alliance (FCA) (2012). *Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners*. 2nd Edition. San Francisco. Acedido em

setembro 18, em FCA: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.Org/files/pdfs/SelCGAssmtMeas_ResInv_FINAL_12.10.12.pdf

Fernandes, C., Monteiro, C., Couto, R. e Castro, S. (2012). Prestador de Cuidados Informal. Operacionalidade, *Sinais Vitais*, 103, 23-27.

Ferreira, A.; Pereira, A.; Ferreira, S.; Vieira, E. e Meireles, N. (2012). Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família? In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.260-224). Porto: ESEP.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.

Figueiredo, D.; Lima, M. P. e Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: Rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(1), 117-129. Acedido em março 23, 2017, em Scielo: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862012000100011

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta

Figueiredo, M. F. F. Q. B. (2014). *O Envelhecimento humano. Aprender a viver com a idade* (1ª ed.). Lisboa: Edições Vieira da Silva.

George, L. K. e Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26 (3), 253-259

Gomes, B. e Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. e Machado, P. P.(Cord.) *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador*. (pp. 29-39). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Gonçalves, L.; Almeida, M. e Antunes L. (2013). Idosos que cuidam de idosos no domicílio. In Souza, D. N.e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos*

de Mudança. (pp.48-52). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Gonçalves, L. O.; Ferreira, C. B.; Zanini, D. S.; Vasconcelos, C. L. B. e Gonçalves, S. S. S. (2015). *Coping* em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGEST (Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo)*, 16(1), Ribeirão Preto. Acedida em novembro 20, 2017, em Scielo: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677

Grande, N. (2000). Ética e Investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2, 49-53.

Guido, L. A.; Costa-Linch, G. F. C; Pitthan, L. O. e Umann, J. (2011). Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45 (6), 1434-1439. Acedido em novembro 20, 2017, em Revistas USP: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40855/44275>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria. Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em abril 1, 2017, em INE: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOSexpgid=ine_censos_estudo_detemenuBOUI=13707294econtexto=eseESTUDOSest_boui=106370eESTUDOSmodo=2es elTab=tab1

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011. Resultados Definitivos*. Lisboa: INE, I.P. Acedido em abril 1, 2017, em INE: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOSexpgid=ine_censos_publicacao_detecontexto=puePUBLICACOESpub_boui=73212469ePUBLICACOESmodo=2eseITab=tab1pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque. Informação á Comunicação Social*. Acedido em março 21, 2017, em INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaques eDESTAQUESdest_boui=224679354eDESTAQUESmodo=2exlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Anuário Estatístico de Portugal 2015*. Lisboa: INE I.P.
Acedido em março 25, 2017, em INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOESpub_boui=277187628ePUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2017a). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: INE I.P.
Acedido em novembro 21, 2017, em INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_publicacoesPUBLICACOESpub_boui=307957694ePUBLICACOESmodo=2exlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2017b). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque. Informação à Comunicação Social*. Acedido em novembro 21, 2017, em INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaqueDESTAQUESdest_boui=277695839eDESTAQUESmodo=2exlang=pt

Imaginário, C. (2008). *O Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Kralik, D.; Visentin, K. e Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-332. Acedido em setembro 20, 2017, em PubMed.gov: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866826>

Lagarelhos, J. P. P. (2012). Stress, *Coping* e Qualidade de vida familiar: As evidências de 26 investigações realizadas entre 2007 - 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In Paúl, C e Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.203-229). Lisboa: Climepsi Editores

Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (2002). *Técnicas de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Lazarus, R. S e Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Lemos, N. e Medeiros, S. L. (2011). Suporte Social ao Idoso Dependente. In Freitas, E. V. e Py, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Terceira edição. (pp. 1441-1448). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Acedido em março 23, 2017, em biblioteca digital Instituto Politécnico Bragança:<http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf>
- Lemos, J. A. ; Magalhães, C. P. e Mata, A. (2013). Avaliação da dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.53-58). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.
- LoBiondo-Wood, G e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, L. O. e Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4):252-261. Acedido em abril 19, 2017, em Scielo:<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/09.pdf>
- Loureiro, H.; Fonseca, A. e Veríssimo, M. (2012). Cuidar de um familiar idoso dependente: uma experiência de (des)prazer. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.285). Porto: ESEP.
- Machado, S. C. G (2012). *Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal no Desempenho das suas funções à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Madeira. Acedido em março 23, 2017, em DigitUMa, <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>
- Machado, P. A. P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados. Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências

da Saúde. Acedido em abril 2, 2017, em Veritati. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa:<http://hdl.handle.net/10400.14/15344>

Maia, H. e Dal Pozzo, V. (2013). Idosos que cuidam de idosos. In Souza, D. N. e Rua, M. S. (Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.44-47). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

Maroco, J. e Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal. *Laboratório Psicologia*, 4(1), 65-90.

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. ReportNumber.

Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda.

Marques, E. M. B. G e Jabour, R. S (2017). Functional Capacity as a Factor Promoting the Quality of Life of the Elderly. *International Archives of Medicine. Section: Nursing*, 10 (210), 1-9.

Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In Paúl, C e Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.179-202). Lisboa: Climepsi Editores

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Martins, C. F. (2008). *F-COPES: Estudo de validação para a população portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Martins, M. M. e Monteiro, M. C. (2012). Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - o início da dependência. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.122-129). Porto: ESEP.

- Martins, O. S. P. (2014). *A Família do Idoso Dependente – Análise das Necessidades/ Dificuldades no Cuidar no Domicílio*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Acedido em abril 19, 2017, em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1291>
- Martins, C. S.; Corte, A. E. M. e Marques, E. M. B. G. (2014). As Dificuldades do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia*, 1 (2), 177-184. Acedido em abril 19, 2017, em INFAD: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_177.pdf
- McCubbin, H. I e Patterson, J. M. (1983). The Family Stress Process: The double ABCX Model of family adjustment and adaptation. *Marriage e Family Review*, 6, 7-37. Acedido em outubro 20, 2017, em APA PsycNET: [http:// dx.doi.org/10.1300/J002v06n01_02](http://dx.doi.org/10.1300/J002v06n01_02)
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating Transitions: redefinitions of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. Acedido em outubro 20, 2017, em PubMed.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>
- Melo, R. M. C; Rua, M. S. e Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 2 - mai./jun.:143-151.
- Moniz, J. M: N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Neri, A. L. (2013). Famílias Cuidadoras: problemas e desafios. In Souza, D. N. e Rua, M. S. *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança* (pp 38-43). Universidade de Aveiro.

- Netto, M. P. (2011). O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In Freitas, E. V. e Py, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Terceira edição. (pp 3-13). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nunes, C.; Correia, C.; Ribeiro, C. et al. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa: Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?- Relatório Primavera 2015*. Acedido em setembro 18, 2017, em OPSS: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Internacional da Família*. Acedido em agosto, 8, 2017, em OE: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia2014.aspx>
- Organização das Nações Unidas (2003). *Plano de ação internacional contra o envelhecimento*, 2002. Organização das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Acedido em março 28, de 2017, em ONU: http://www.obsevatorionacionaldo.idoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf
- Paschoal, S. M. P. (2002). Autonomia e Independência. In Netto, M. P. *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. (pp.313-323). São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Cord) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

- Peixoto, M. J. e Machado, P.P. (2016). A sobrecarga e o stresse do cuidador. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. e Machado, P. P.(Cord.) *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador*. (pp. 95-11). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pereira, E. P. P. (2011). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado. Relevância da Definição dos Cuidados Prestados*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em março 28, 2017, em U.Porto: <http://hdl.handle.net/10216/62191>
- Pereira, P. R. A. (2012). *Perceção da Dor Crónica e Estratégias Adaptativas em Famílias de Doentes Oncológicos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos. Acedido em novembro 10, 2017, em Repositório Instituto Superior Miguel Torga: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/97/1/Tese%20Parricia%20Pereira.pdf>
- Pereira, M. G. e Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20 (2) 369-383. Acedido em abril 8, 2017, em Repositório Uminho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/24744>
- Pereira, I. C. B. F. e Silva, A. A. P. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 42-54. Acedido em abril 8, 2017, em Pensar Enfermagem: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_42-54.pdf
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais. Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.
- Pereira, F. A. (2014). Saúde, Fatores Sociais e Suporte Social dos Idosos. In *eBook Os Muito Idosos: Estudo do Envelhecimento em Coimbra. Perfis Funcionais e Intervenção*. (pp.47-67). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Pereira, S. R. D. (2015). *Cuidar de Idosos dependentes. A sobrecarga dos cuidadores familiares*. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em abril 8, 2017, em Veritati, Repositório Universidade Católica Portuguesa: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400>

- Pérez-Cruz, M.; Muñoz-Martínez, M. Á.; Parra-Anguita, L. e Del-Pino-Casado, R. (2016). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 1-8. Acedido em junho 20, 2017, em ELSEVIER:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Estudo Exploratório sobre o Impacte nas Transições do doente e do Familiar Cuidador*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Acedido em abril 2, 2017 em Repositório da Universidade de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10451/10572>
- Petronilho, F. A. S. (2016). Preparação do regresso a casa. In Martins, T; Araújo, M. F.; Peixoto, M. J. e Machado, P. P.(Cord.) *A Pessoa Dependente e o Familiar Cuidador*. (pp. 73-93). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinto, F. N. F. R. e Barham, E. J. (2014a). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 525-539. Acedido em junho 2, 2017, em Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000300525&script=sci_abstract
- Pinto, F. N. F. R. e Barham, E.J. (2014b). Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (3), 635-655. Acedido em junho 20, 2017, em Scielo: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201400030007
- Polít, D. F.; Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

- PORDATA (2017a). *Índice de Envelhecimento*. Acedido em novembro 10, 2017, em PORDATA: <http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- PORDATA (2017b). *Índice de Dependência de Idosos*. Acedido em novembro 10, 2017, em PORDATA: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAn cia+de+idosos-461>
- PORDATA (2017c). *Glossário*. Acedido em novembro 10, 2017, em PORDATA: <https://www.pordata.pt/Glossario>
- Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e necessidades de CI de idosos dependentes da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Acedido em abril 7, 2017, em uBibliorum. Repositório Digital da UBI: <http://hdl.handle.net/10400.6/1180>
- Regadas, S.; Marques, G. (2012). A Enfermagem e as Famílias prestadoras de cuidados. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.252-258). Porto: ESEP.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família - perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento, 3^a edição
- Ribeiro, O. L.; Pinto, C. S. e Regadas, S. S. (2013). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 4, 64-74.
- Rocha, B. M. P. e Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56. Acedido em junho 20, 2017, em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/09.pdf>
- Rodrigues, A. P. F. C. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da pessoa com insuficiência renal crónica em hemodiálise*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em junho 20, 2017, em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1516>

- Rodrigues, D. C. C. P. C. (2012). *Sobrecarga e Estratégias de Coping em Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu.. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em abril 10, 2017, em Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1627>
- Rodrigues, R. M. C; Silva, C. F. R.; Loureiro, L. M. J.; Silva, S. M. D. T.; Crespo, S. S. S.e Azeredo, Z. A. S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 5. Coimbra. Acedido em março 9, 2017, em Scielo:<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a08.pdf>
- Rodríguez-Pérez, M.; Abreu-Sánchez, A.; Rojas-Ocaña, M. J. e Del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15 (71), 1-8. Acedido em julho 2, 2017, em PubMed.gov: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5391554>
- Rosa, M. J. V. (2012) *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Schneider, R. H. e Irigary, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia* I 25(4), 585-593. Acedido em março 9, 2017, em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>
- Sebastião, C. e Albuquerque, C. (2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4), São Paulo, Brasil, 25-49. Acedido em abril 10, 2017, em Kairós: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10048/7478>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Diagnósticos e Intervenções. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491–500. Acedido em outubro 20, 2017, em PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23301581>
- Silva, J. V.F.; Silva, E. C.; Rodrigues, A. P. R. A. e Myazawa, A. P. (2015) A Relação entre o Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Sério Desafio de Saúde Pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2 (3), 91-100.
- Sorensen, K. e Luckman, J. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L. Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. 2ª Edição. Porto: Ambar.
- Sousa, L.; Patrão, M. e Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In Paúl, C. e Ribeiro, O. *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp.255-271) Lisboa: Lidel.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Spar, J. E e La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Taborda, A. (2012). O Enfermeiro de Família e o Prestador de Cuidados ao Idoso. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp.259-265). Porto: ESEP.
- Torres, S.; Costa, N. e Abreu, W. (2013). Prestação Informal de Cuidados a Idosos Dependentes –Gestão Emocional dos Cuidadores. In Souza, D. N.e Rua, M. S.(Cord.). *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.153-158). Aveiro: Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia.

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2009). *Glossário: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em junho 2, 2017, em: <http://acsswp.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2016/07/Glossario-da-RNCCI.pdf>
- United Nations (2012). Population ageing and development: Ten years after Madrid. *Population Facts*, (4), 1-4. Acedido em abril 19, 2017, em Population Facts:http://www.un.org/esa/publications/popfacts/popfacts_2012-4.pdf
- Vaz-Serra, A. (1998). Um estudo sobre *coping*: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação. Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em março 30, 2017, em FEUC: <http://hdl.handle.net/10316/29711>
- Viana, C.; Monteiro, M: J.; Barroso, I. e Rainho, C. (2013). Capacidade Funcional de Idosos do Concelho de Baião. In Souza, D. N. e Rua, M. S. *Cuidadores Informais de Pessoas Idosas. Caminhos de Mudança*. (pp.320-325). Aveiro: UA Editora. Universidade de Aveiro. Serviços de Biblioteca, Informação Documental e Museologia
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Madrid. Spain. Acedido em junho 4, 2017, em WHO: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Wright, L. M. e Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias. Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª Edição. São Paulo: Roca.

